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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021/10/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 49775573

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 1065627328
11. Fecha de nacimiento 1997/03/10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Arteaga
13. Segundo apellido Mazenett
14. Primer nombre Dayana
15. Segundo nombre Patricia
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 1
16.1 Barrio Altos del valle 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3183050362
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [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 Casa
31.1 Barrio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 17 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 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) [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? 02 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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)	X	85.2.4. Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

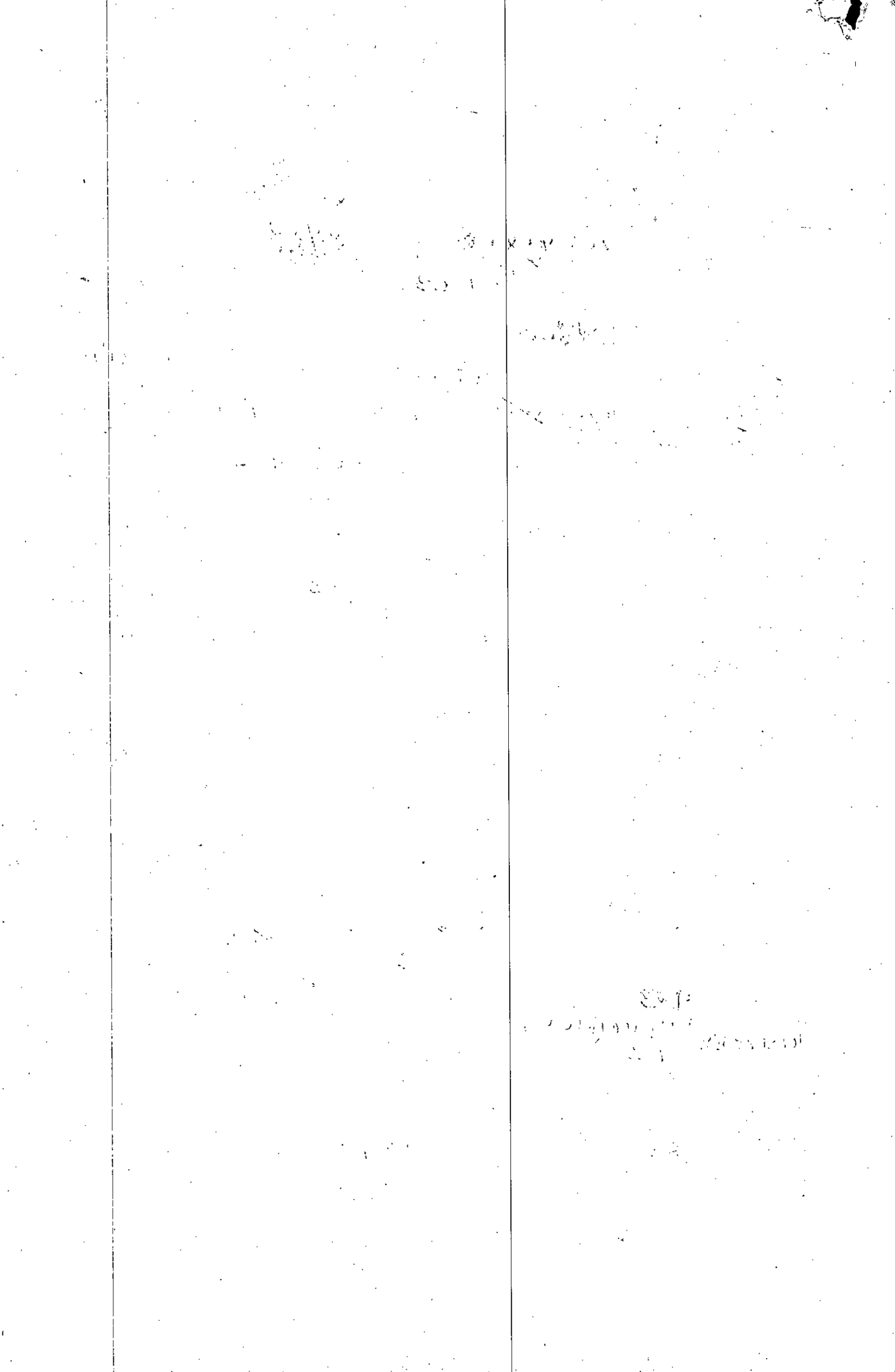
95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 9:03

Nombre del Encuestado: Dayana Nieves

CC: 1065627328

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 04 10 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 07 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1971753

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: 77011675 11. Fecha de nacimiento: 1 9 6 0 0 9 0 3 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Diaz 13. Segundo apellido: Ramirez 14. Primer nombre: Juan 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: MZ I Casa 38
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: 3015484573
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 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) [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? Forz...

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Carpintero
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Casa
31.1 Barrio: 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 01 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 [X] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [5] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 84 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.65 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? [2] 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 04 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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, 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, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 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: 9:10

Nombre del Encuestado: [signature]

CC: 77.011675

Firma del Encuestador: [signature]

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 01 08 (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: 99717513

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: 49769736
11. Fecha de nacimiento: 19710310 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ochoa
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Nelys
15. Segundo nombre: Esther
16. Dirección residencia: Mz 30 casa 29
16.1 Barrio: Villa daniana
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna:
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3007142536
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? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Casa
31.1 Barrio:
31.2 Centro Poblado:
31.3 Vereda:
31.4 Localidad:
31.4.1. Número de la localidad:
31.5 Comuna:
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 01 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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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 [ ] 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? Sanidad
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 ? 84 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) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71 2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 8:30

Nombre del Encuestado: Aydee Edna Ramirez Reyes.

CC: 1.149.769.736

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: 01/11/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:45 (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: 49776573

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 49776343
11. Fecha de nacimiento: 19/11/1985 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Miranda
13. Segundo apellido: Mejia
14. Primer nombre: Nelis
15. Segundo nombre: Margot
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 33
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: 3113569358
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 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: Casa
31.1 Barrio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [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 ? 67 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.65 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? 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 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 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 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: Neiks Miranda M

CC: 49776343

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 09 14 (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: 1067595696

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: 77173198
11. Fecha de nacimiento: 19770903 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Arias
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Alfredo
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: M7 2 Casa 27
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
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [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: M7 2 casa 27
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 77 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? 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.)	A
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. 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)			

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		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: 0930

Nombre del Encuestado: Cecilia Santamaría 3266 77.173.198

CC:

Firma del Encuestador:

4

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: 31/01/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:14 (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: 49717513

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 49770877
11. Fecha de nacimiento 19/03/1959 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Blanco
13. Segundo apellido Castillo
14. Primer nombre María
15. Segundo nombre De los Santos
16. Dirección residencia 47 6 casa 32
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 3045764383
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: 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? 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) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál? farzoso

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el 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 Casa
31.1 Barrio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 167 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 00 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Posar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, 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 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 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)	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) [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.

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: 8:17

Nombre del Encuestado: Mario S. Blanco

CC 9770822

Firma del Encuestador: [signature]

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2022 01 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0734 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595[illegible] C.

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 1063236398
11. Fecha de nacimiento 1990 11 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mindiola 13. Segundo apellido Rodriguez 14. Primer nombre Madelis 15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Mz 2 Casa 18
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 3112739491
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 [X]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 2 Casa 18
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
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 [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? Dusktawi
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 ? 69 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 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? 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: 0847

Nombre del Encuestado: Marcelus Mendoza Rodriguez 1003236398

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 01 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:39 (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: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 10. Número de documento 1063948931 11. Fecha de nacimiento 19950105 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Padilla 13. Segundo apellido Mabelo 14. Primer nombre Yuleidys 15. Segundo nombre Adriana
16. Dirección residencia Mz 1 Casa 10
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 3127340044
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 [ ] 22.2. NO [X] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 1 Casa 10
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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? 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? 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 ? 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 [ ] 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? 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 ✓ 39.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar 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: 01:15:13

Nombre del Encuestado: Yuleidis Padilla Maldonado 1063948931

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD — HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021-05-18 (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:

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: 1065581218
11. Fecha de nacimiento: 2000-02-21 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Maestre 13. Segundo apellido: Rodriguez 14. Primer nombre: Luis 15. Segundo nombre: Miguel
16. Dirección residencia: Mz 50 casa 27
16.1 Barrio: 1150 area 2611 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3126314151
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ][ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [X] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 50 Casa 27
31.1 Barrio: 450 area 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 07 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? Dusctan
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 50 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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 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) [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 [ ] 87.2. No [ ]

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

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

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

90.5. Ninguna. [X]

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 12 9

Nombre del Encuestado: Luis Miguel 1065581248

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 06 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:23 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 49776762
11. Fecha de nacimiento: 1994/04/19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Vino 13. Segundo apellido: Montero 14. Primer nombre: Yoleidys 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 5 casa 18
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: 3777521905
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [=] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [=] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 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) [ ]
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: Mz 5 casa 18
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [=] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 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 [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [=] 37.3 Semiestacionaria [ ]
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? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2 NO [=] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 68 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿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? 09 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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: 1231

Nombre del Encuestado: Yoleidys Viño 49720762

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. — Servicio con calidad ciudadana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de 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 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 17:34 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento: 49760377 11. Fecha de nacimiento: 1983 05 07 (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: Moraz 13. Segundo apellido: Espana 14. Primer nombre: Kans 15. Segundo nombre: del carmen
16. Dirección residencia: Mz 63 casa 16
16.1 Barrio: villa daniana 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular: 3157870305
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 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? 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: Mz 63 casa 16
31.1 Barrio: villa daniana 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
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 [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 1 2 5 7

Nombre del Encuestado: [illegible] 1077020377

CC:

Firma del Encuestador: [illegible]

La salud es de todos — Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD — HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023/10/18 (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: 1067595626

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 49607550
11. Fecha de nacimiento 19/08/2004 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rodriguez
13. Segundo apellido Onate
14. Primer nombre Jenis
15. Segundo nombre Mildreth
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3123054718
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: [ ][ ]
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 [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [ ][ ]
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ][ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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 [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [X] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 2 Casa 20
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 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 [0][9] 36.2 Meses [ ][ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 55 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ][ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ][ ][ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ][ ][ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 11:49

Nombre del Encuestado: Jenis Of: Kreth Rodriguez 49607350

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza, E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023/04/18 (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: 1067595656

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 9960773
11. Fecha de nacimiento 1997/10/11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Guzmar 13. Segundo apellido Chavez 14. Primer nombre Diana 15. Segundo nombre Patricia
16. Dirección residencia Mz 249 casa 16
16.1 Barrio Don Alberto 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3013016353
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 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 Mz 249 casa 16
31.1 Barrio Don Alberto 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 13 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? Familias de Colombia
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 40 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 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? 09 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. ☒

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 0953

Nombre del Encuestado: [signature] 49607743

CC:

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023/04/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 17:52 (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: 1067595784

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 57296983 11. Fecha de nacimiento 13/06/1978 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rodriguez 13. Segundo apellido Mendoza 14. Primer nombre Erika 15. Segundo nombre Patricia
16. Dirección residencia MZ 2 Casa 13
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 3135134190
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 [ ] 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 [X] 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 Mz 2 Casa 13
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
1.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
2. ¿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 17 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 65 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 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? 60 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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: 11:55

Nombre del Encuestado: Erika Rodriguez 57290943

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos · Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD · HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2022/10/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:53 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1063595676

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 36451148
11. Fecha de nacimiento 19/11/60 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido De Avila
13. Segundo apellido Martinez
14. Primer nombre Candelaria
15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Mz 9 Casa 12
16.1 Barrio Villa Fare
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3013333532
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: 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 [ ] 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? 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) [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 Mz 9 Casa 12
31.1 Barrio Villa Fare
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 13 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [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? Coocopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 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 [ ]

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: 30/11/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:34 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 1065834256
11. Fecha de nacimiento 19/04/2009 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jimenez
13. Segundo apellido Orozco
14. Primer nombre Valentina
15. Segundo nombre Esther
16. Dirección residencia MZ 60 casa 5
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 3043973470
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
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? 06
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 99
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 [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación MZ 60 casa 5
31.1 Barrio 450 años
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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? 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? 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 ? 57 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 157 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	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	D	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. [X]

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 11:56

Nombre del Encuestado: [redacted] 1065844250.

CC:

Firma del Encuestador: [redacted]

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 13:01 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067509563 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 1067509563 11. Fecha de nacimiento 1983 01 01 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Calderon 13. Segundo apellido De Luquez 14. Primer nombre Alma 15. Segundo nombre Rocio
16. Dirección residencia Casa 14
16.1 Barrio Villa Karen 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3208979772
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 [ ] 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? 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 [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Casa 14
31.1 Barrio Villa Karen 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [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
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 ? 93 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 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? 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 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: 12

Nombre del Encuestado: Almacelio 49754916

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 11 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 29 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067591563 6

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: 56053003
11. Fecha de nacimiento: 1960 07 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Oñate
13. Segundo apellido: Camargo
14. Primer nombre: Nelly
15. Segundo nombre: Esther
16. Dirección residencia: Mz 67 casa 14
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: 3115746869
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 [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1. SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén 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?
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 67 casa 14
31.1 Barrio: 450 años
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 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 [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [1] [1] 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 [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 Capi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2 NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 50 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 5 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] [ ] [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ] [ ] [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [✓] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [ ] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [✓] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					
87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		**87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES**		**87.7. OTROS ELEMENTOS**		**87.8. ROPA DE PROTECCIÓN**	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 9:35

Nombre del Encuestado: Nelly Orate 56053503

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARÍA 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 07 11 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 23 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595986

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 1193085093 11. Fecha de nacimiento 2000 03 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Miranda 13. Segundo apellido Muñoz 14. Primer nombre Gustavo 15. Segundo nombre Adolfo
16. Dirección residencia Mz 2 Casa 11
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 3207638014
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: 09
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 [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? NINGUNO
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 2 Casa 11
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 10 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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? Cagesalud
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 ? 63 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunto 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [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 [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? [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 [X] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 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	X
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 09:26

Nombre del Encuestado: Gustavo M. 1193083093

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. — Servicio con calidad humana

Versión: 01 — Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023 10 13 (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: 09:17 (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: 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: 49791158
11. Fecha de nacimiento: 19 87 01 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gutiérrez
13. Segundo apellido: Chavez
14. Primer nombre: Bianca
15. Segundo nombre: Esther
16. Dirección residencia: MZ 157 casa 1
16.1 Barrio: Don Alberto
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna:
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3014040348
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: 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? 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: MZ 157 Casa 1
31.1 Barrio: Don Alberto
31.2 Centro Poblado:
31.3 Vereda:
31.4 Localidad:
31.4.1. Número de la localidad:
31.5 Comuna:
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
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? 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 [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 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? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 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 laceracifon de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☐ 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 antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 09:20

Nombre del Encuestado: [illegible] 1192719158

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 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 01 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067956966

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 49724805
11. Fecha de nacimiento 19 86 04 29 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Montenegro 13. Segundo apellido Castillo 14. Primer nombre Edelina 15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Mz 1 casa 19
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 3103593705
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [ ] 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 Mz 1 Casa 19
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 17 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 60 Kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 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? 99 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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 laceracion de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias 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)	X	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	+
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 09:14

Nombre del Encuestado: Fidelina Montenegro 49724505

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 06 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 05 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 49765952
11. Fecha de nacimiento: 19 03 1983 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Maestre 13. Segundo apellido: Rodriguez 14. Primer nombre: Mibdis 15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Rocio 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3007671983
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con 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 [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [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: M z G Casa 23
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años: 11 36.2 Meses:
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [ ] 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 [ ] 46.3. No sabe [ ]
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 ? 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? 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? 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. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 09

Nombre del Encuestado: Milodis M 49765952

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0941 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 49733761
11. Fecha de nacimiento: 19661021 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ospino 13. Segundo apellido: Herrera 14. Primer nombre: Hueda 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 65 Casa 15
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: 3044344216
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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 65 Casa 15
31.1 Barrio: 450 Años 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 18 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? 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 ? 100 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][6] días

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][9]

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsitc 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 [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	X	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 6:14

Nombre del Encuestado: Hoedad Ospino H. 4973876 f.

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. — Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023 01 27 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:36 (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: 1067546686

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/07/1991 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 1067504949

12. Primer apellido: Lobo 13. Segundo apellido: Solazar 14. Primer nombre: Aura 15. Segundo nombre: Rosa
16. Dirección residencia: Mz 7 Casa 36
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: 3139856572
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [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: 5
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 7 Casa 36
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 58 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

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

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

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	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)			

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 11:30

Nombre del Encuestado: Raza Loba - 1094400119

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: 10/11/2023 (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: 1067595623

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 1066572014 11. Fecha de nacimiento 19/09/2006 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Torres 13. Segundo apellido Baneth 14. Primer nombre Wendy 15. Segundo nombre Carolina
16. Dirección residencia Mz 5 Casa 10
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 3214407225
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 [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? 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) [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 Mz 5 Casa 10
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 17 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 64 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o 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 [X]

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar 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 novivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. [X]

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 1014

Nombre del Encuestado: Wendy tons Boneth 7065812014

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:11 (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: 1067959686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1031613335
11. Fecha de nacimiento 19 91 10 22 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Lopez
13. Segundo apellido Niño
14. Primer nombre Maryuris
15. Segundo nombre Andrea
16. Dirección residencia Mz 3 casa 1
16.1 Barrio El Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3135995160
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 [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 09
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? Nino
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 [X] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 3 Casa 1
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 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 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? 04
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 52 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 [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceracifon 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 raclaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		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	X	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	X		

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 11:45

Nombre del Encuestado: Yarys Lopez V. 1030613335

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: 2022 10 15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 35 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 1123018815
11. Fecha de nacimiento: 1991 06 24 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Clavijo
13. Segundo apellido: Moreno
14. Primer nombre: Cristo
15. Segundo nombre: Humberto
16. Dirección residencia: Mz 59 casa 46
16.1 Barrio: 450 años 2 ETP 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3107945067 10
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [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? 08
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [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 [X] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 59 Casa 46
31.1 Barrio: 450 Años 2 ETP 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 65 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 176 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [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? [60] 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 laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [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	X	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	X
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 10:30

Nombre del Encuestado: Cristo Hernandez

CC: 1250815

Firma del Encuestador:

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 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: 1067895636

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 1079914387 11. Fecha de nacimiento 1991 06 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Torres 13. Segundo apellido Salgado 14. Primer nombre Wilmys 15. Segundo nombre Esther
16. Dirección residencia Mz 04 casa 30
16.1 Barrio Villa daraya 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3197131216
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 00
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 Mz 04 Casa 30
31.1 Barrio Villa Daraya 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 11 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
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 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)	X	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares	X	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: 12:59

Nombre del Encuestado: Wilmer Sofano. 1079914387.

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 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:19 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 49760562
11. Fecha de nacimiento: 19690727 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Saucedo 13. Segundo apellido: Barrios 14. Primer nombre: Casta 15. Segundo nombre: Elena
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Rocio Mz 2 casa 15 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3155491090
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? NINGUNO
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 Casa 15
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? Caja Copi
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 ? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 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	X
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	X		

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 1603

Nombre del Encuestado: Leonisa Saavedra 49760562

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: 21/07/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:15 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 [1] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [X] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1976606 5
11. Fecha de nacimiento: 19/11/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mora
13. Segundo apellido: Cedeño
14. Primer nombre: Liliana
15. Segundo nombre: Patricia
16. Dirección residencia: Mz 1 casa 17
16.1 Barrio: El Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3145896797
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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 1 casa 17
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 53 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco 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 c utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 11:01:08

Nombre del Encuestado: Liliana P Hoya Cerdeño 29.766.065

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1123 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/03/2019 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 1095562377

12. Primer apellido: Pero 13. Segundo apellido: Caballero 14. Primer nombre: Yarleidys 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 4
16.1 Barrio: Rocio 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3244639905
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 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 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 casa 4
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 06 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 70 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 progunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐ 90.5. Ninguna. 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: 11:27

Nombre del Encuestado: Yorleidis Perez 49556237

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: 2023/10/13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:53 (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: 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: 51976679
11. Fecha de nacimiento: 1970/06/23 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Palacio
13. Segundo apellido: Salamanca
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: Ines
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 34
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: 3127281259 8
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [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 [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 casa 34
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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 [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 ? 95 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias 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 [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. 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: 1054

Nombre del Encuestado: MARIA F Palacios 1976679 BTA

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 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: 1067595656

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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. Municiplo 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: 39506029
11. Fecha de nacimiento: 19 10 01 19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Blanco 13. Segundo apellido: Blanda 14. Primer nombre: Maria 15. Segundo nombre: Mercedes
16. Dirección residencia: barrio La pista
16.1 Barrio: La paz 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3145973771
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 incompiet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Barrio la pista
31.1 Barrio: La paz 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es inferior a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 99 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 75 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][5]

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

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 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	X		
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 3:03

Nombre del Encuestado: María Blanco – 59305029

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019-10-18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0830 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067959826

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 1007398547
11. Fecha de nacimiento 1997-10-17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rondon
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Tatiana
15. Segundo nombre Milena
16. Dirección residencia Mz 67 casa 1
16.1 Barrio 450 años ETP2
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3024691809
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 [ ] 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 [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 67 casa 1
31.1 Barrio 450 años
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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?
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 53 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 153 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar progunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 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? 3

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

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su 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.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. X

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 08:14

Nombre del Encuestado: x Tatiana Rondón cc. 1007398547

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 18 (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: 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 1065812313
11. Fecha de nacimiento 19 95 01 21 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ariaz
13. Segundo apellido Daza
14. Primer nombre Ling
15. Segundo nombre Tatiana
16. Dirección residencia Mz 3 casa 12
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 3013554238
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 [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 3 casa 12
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 76 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [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 laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

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

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

CONDICIONES DE TRABAJO

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

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

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

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. 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: 09:56

Nombre del Encuestado: Edna Arias D 1065872213

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 0 1 / 2 4 / 1 0 / 1 3 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 : 5 7 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067956686

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: 49721301
11. Fecha de nacimiento: 1 9 8 7 / 0 9 / 1 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Perez
13. Segundo apellido: Zambrano
14. Primer nombre: Carmen
15. Segundo nombre: Elena
16. Dirección residencia: Mz 1 casa 9
16.1 Barrio: Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3017954593
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 0 5
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 1
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 1 Casa 9
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [✓] 34.6 Gas [✓]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 0 7 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 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 7
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? Cavacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 6 5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 9 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

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

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

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

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

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0 9] días

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0 0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [ ] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	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 [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	X	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos):	
85.3.2 Bacterias	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	X		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☒

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. Si ☐ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabé a quien dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. Si ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. Si ☐ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 0756

Nombre del Encuestado: Carmen Perez 49721301

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1005 (H H 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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19670627 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 49762287
12. Primer apellido: florez 13. Segundo apellido: gomez 14. Primer nombre: Marta 15. Segundo nombre: gertrudis
16. Dirección residencia: Mz d casa 26
16.1 Barrio: Jerusin 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular: 3045745438
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 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: Mz d casa 26
31.1 Barrio: Jerusin 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puedo marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 58 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 176 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [X]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación? _____

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]

77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál? _____

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [ ][ ][ ] días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales [ ] 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál? _____

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	X	85.2.4. Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. 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: 10:08

Nombre del Encuestado: [illegible] 49762287

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:34 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 22461792
11. Fecha de nacimiento: 1974 05 19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Cardona
13. Segundo apellido: Miranda
14. Primer nombre: Miladys
15. Segundo nombre: Elena
16. Dirección residencia: M 13 casa 14
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: 3128185171
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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: M 7 13 Casa 14
31.1 Barrio: 450 años 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 56 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 177 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☑

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☑

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o 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: 0940

Nombre del Encuestado: Luis Enrique Cardona 22461742

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — SALUD

HEAD — HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. — SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20/12/2022 (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: 49717563

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1096570471
11. Fecha de nacimiento: 19/12/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Maestre 13. Segundo apellido: Martinez 14. Primer nombre: Hilsa 15. Segundo nombre: Mercedes
16. Dirección residencia: Mz 1 casa 70
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: 3185520491
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 [X]
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: 00
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 [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál? Fokoso

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Casa
31.1 Barrio: 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 00 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [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 ? 46 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 [X] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][9] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [ ] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]

77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [ ][ ][ ] días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales [ ] 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI [ ] 80.2 NO [ ] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [X] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4. Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 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: 01 35

Nombre del Encuestado: Hilda maestre

CC: 26945241

Firma del Encuestador: Fernanda Reyes.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0947 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067895686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 1065641745
11. Fecha de nacimiento 1997 03 27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vergel
13. Segundo apellido Daza
14. Primer nombre Laura
15. Segundo nombre Vanessa
16. Dirección residencia Mz 3 casa 20
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 3176894437
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [X] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 3 casa 20
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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? 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? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 55 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

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [X]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]

77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [ ][ ][ ] días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales [ ] 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	X	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	X
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos ó partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	X	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	X		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☒

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☒ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 0915

Nombre del Encuestado:

CC:

Firma del Encuestador: Laura Vergel 1065641745

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD Hospital Escuela Eduardo Daza E.S.E. — Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI ☐ NO ☑
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023 01 31 (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 ☑ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067956076

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 37336812 11. Fecha de nacimiento 19/05/1973 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Guerrero 13. Segundo apellido Calderon 14. Primer nombre Viviana 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Mz 50 Cas 14
16.1 Barrio 450 años ETP 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3023104028
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M ☐ 18.2 F ☑ 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero ☐ 19.3 Viudo ☐ 19.4 Unión libre ☐ 19.5 Separado ☑
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta ☐ 20.3 Secundaria incompleta ☐ 20.5 Técnico ☐ 20.7 Universitario incomplet ☐ 20.9 Ninguna ☐
20.2 Primaria completa ☐ 20.4 Secundaria completa ☐ 20.6 Tecnológic ☐ 20.8 Universitario completo ☐ 20.10 Otro ☐
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI ☑ 22.2. NO ☐ 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie ☑ 23.2 Con el cónyugue ☐ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena ☐ 26.2 Afro colombiano ☐ 26.3 Negro ☐ 26.4 Raizal ☐ 26.5 ROM ☐ 26.6 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) ☑
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 Mz 50 Cas 14
31.1 Barrio 450 años ETP 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la 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 03 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante ☐ 37.2 Estacionaria ☑ 37.3 Semiestacionaria ☐
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna ☑ 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? Salud total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI ☐ 46.2. NO ☐ 46.3. No sabe ☐
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 48 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI ☐ 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI ☐ 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario ☐ 57.2 Semanal ☐ 57.3 Quincenal ☐ 57.4 Ocasional ☐
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI ☐ 58.2. No. (Pasar pregunta 60) ☐
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI ☑ 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? 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 lacerac ion de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☒

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☒ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☒
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	✓	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	✓	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☒

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☒ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. ✓

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 9:15

Nombre del Encuestado: Yiliney Guerrero C 37336812

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — SALUD — HEAD — HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. — SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023 04 10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:55 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 4967512

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 57651158
11. Fecha de nacimiento: 14/08/1963 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Berón 13. Segundo apellido 14. Primer nombre: Belkis 15. Segundo nombre: Nohora
16. Dirección residencia: Mz B Cas 26
16.1 Barrio: San Jerónimo 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular: 3215059658
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [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: Casa
31.1 Barrio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 39 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Capresoca
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 ? 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? 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 [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☐

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☐

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? ☐☐ días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 0 0 1

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o 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: 12:00 m

Nombre del Encuestado: Ruben Beltran

CC: 37657458

Firma del Encuestador: (firma)

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. — Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023/07/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 49217513

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 1950/07/29 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 42494867
12. Primer apellido Zapata 13. Segundo apellido Acuña 14. Primer nombre Isabel 15. Segundo nombre Margarita.
16. Dirección residencia Mz 3 Casa 01
16.1 Barrio El Poco 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3006028212
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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Casa.
31.1 Barrio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 15 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 05
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva Eps
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 80 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [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? 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: 12:00

Nombre del Encuestado: Isabel zapata.

CC: 1042494867

Firma del Encuestador: [signature]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [x]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0904 (H H 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 1193189283 11. Fecha de nacimiento 1991 03 27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Gomez 13. Segundo apellido Villamil 14. Primer nombre Laura 15. Segundo nombre Beatriz
16. Dirección residencia Mz 29 casa 21
16.1 Barrio Tierra Prometida 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3115058830
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: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [x] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [x] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [x] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [x] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [x]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 12 Casa 43
31.1 Barrio Las Trinitarias 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la 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 [ ]
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 [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [x] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [x]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [x] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [x] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [x] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [x]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 62 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 155 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [x] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 [x] 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? S6.1 SI [ ] 56.2. No. (Posar 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? 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. [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: 8:09

Nombre del Encuestado: Zuyra Góez

CC: 1143889223

Firma del Encuestador: Fanndyo Reyes

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2023/01/13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:19 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 1003238162
11. Fecha de nacimiento 10/07/2011 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Lemos
13. Segundo apellido Guzmán
14. Primer nombre Lina
15. Segundo nombre Marcela
16. Dirección residencia Mz 149 casa 16
16.1 Barrio Don Alberto 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3207173750
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 [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Niña
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 149 casa 16
31.1 Barrio Don Alberto 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 00 36.2 Meses [ ]
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. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 58 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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? 02

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☒

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:07

Nombre del Encuestado: [redacted] 1003238162

CC:

Firma del Encuestador: [redacted]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. — SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 40 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19 71 12 26 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 36946170

12. Primer apellido: Garrido 13. Segundo apellido: Quesada 14. Primer nombre: Alexis 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: M2 5 casa 9
16.1 Barrio: Loma 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3116016517
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 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: M2 5 Casa 9
31.1 Barrio: Loma 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 08 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? 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 ? 155 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☑

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 0 0 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☑

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 0 0

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		85.6. PELIGRO QUÍMICO	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☒

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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 ☐

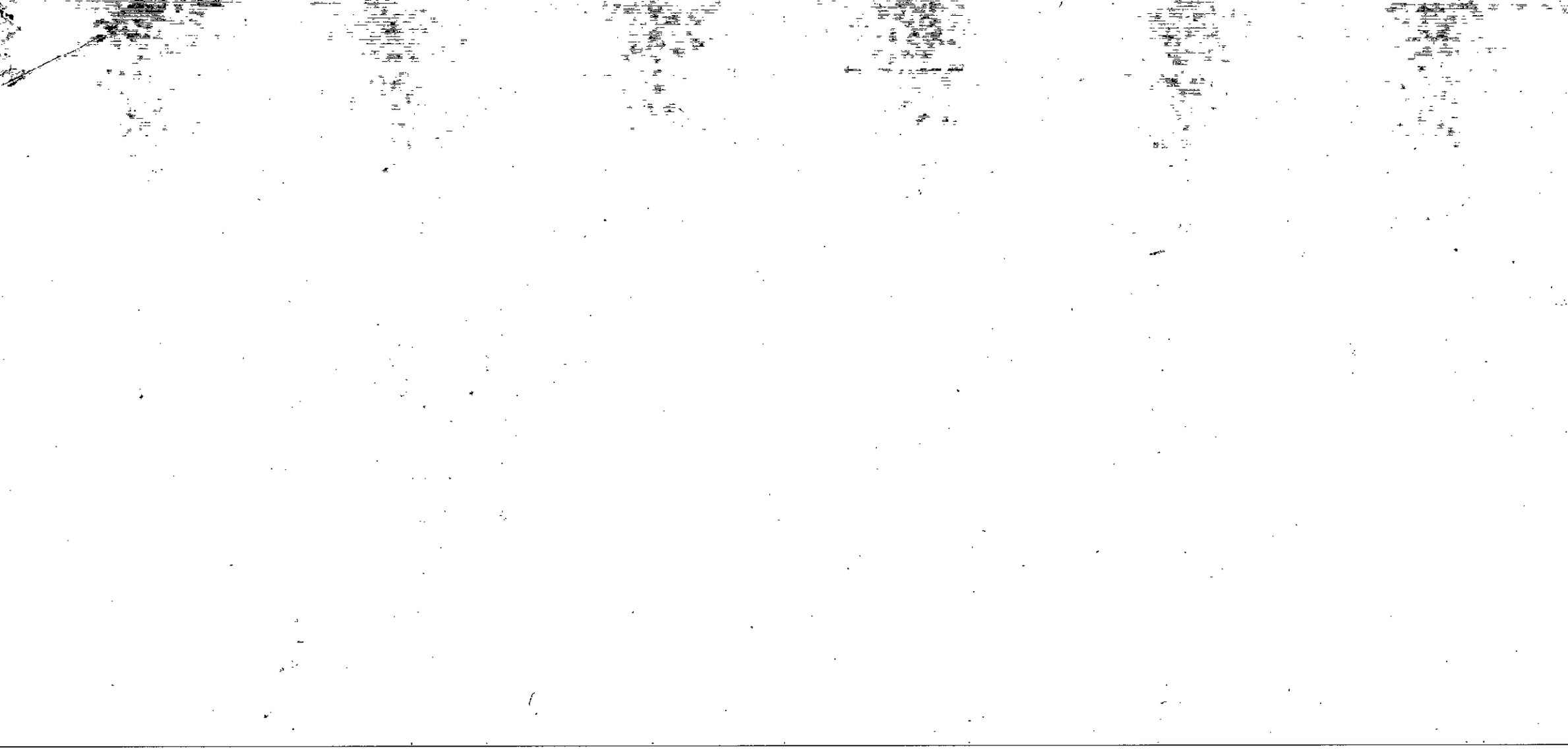
95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☑

Hora de terminación: 1115

Nombre del Encuestado: Alberis Garrido Q 36346170

CC:

Firma del Encuestador:



La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 17:20 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1030521409
11. Fecha de nacimiento 1984/07/10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Molina
13. Segundo apellido: Jimenez
14. Primer nombre: Yulibeth
15. Segundo nombre: Carolina
16. Dirección residencia: M2 3 Casa 8
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: 3003418974
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [X] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Wiuu
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 [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación M2 3 Casa 8
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
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 08 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? famisanar
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 62 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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 ☑

65. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su 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. Vibracion (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 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 [ ]

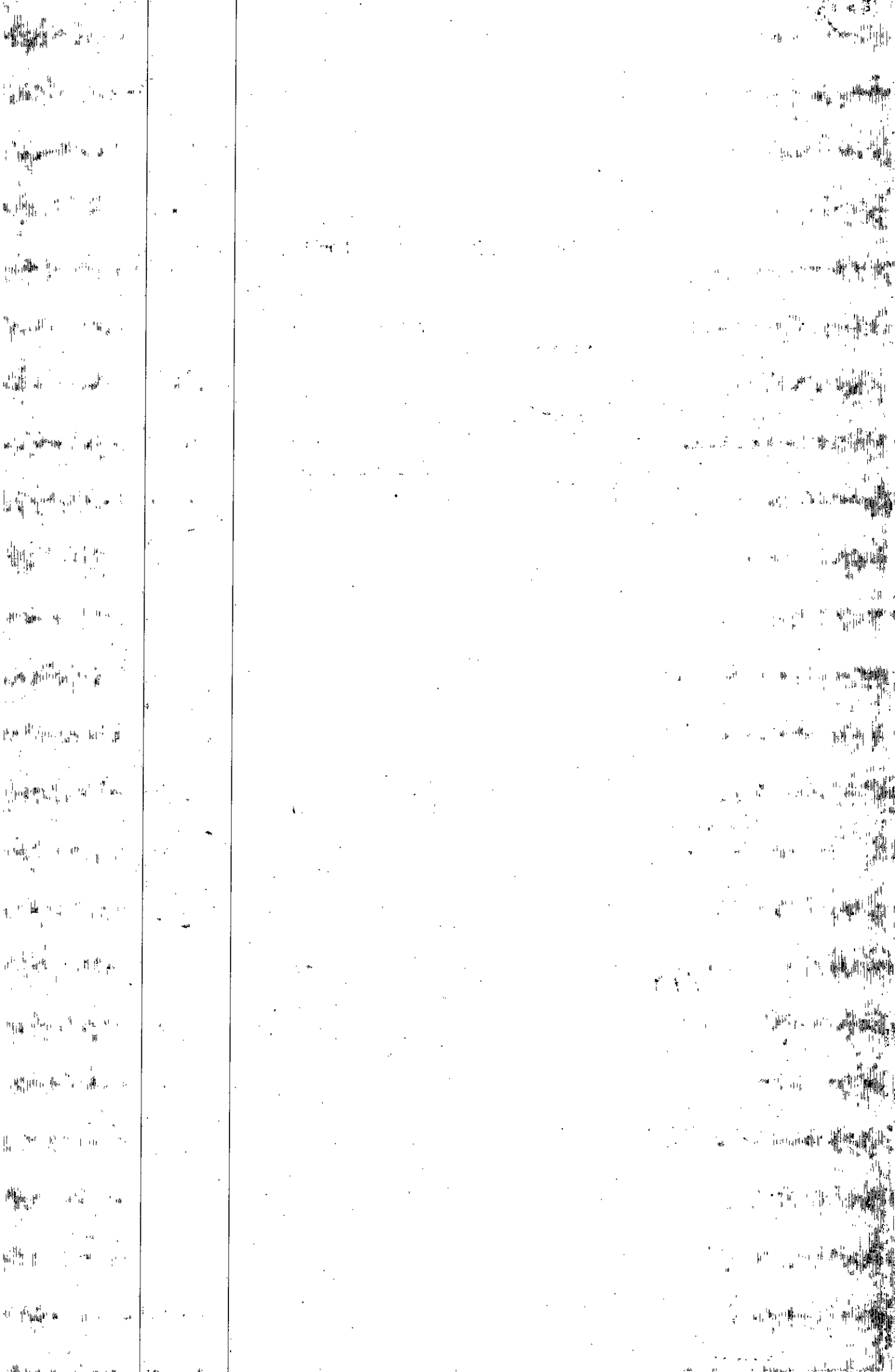
95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. No [ ]

Hora de terminación: 11:30

Nombre del Encuestado: 1030521409

CC:

Firma del Encuestador: Yolibeth Molina



La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1100 (H H 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 4976585
11. Fecha de nacimiento 19/10/2021 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Cervantes
13. Segundo apellido Zamara
14. Primer nombre Judith
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia M27 casa 2
16.1 Barrio Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3249167004
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? 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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación M27 Casa 2
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [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? 13
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Caprecom
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 69 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 práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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 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: 1110

Nombre del Encuestado: Judith Arevalo T. CC 49765895.

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:40 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 6054973
11. Fecha de nacimiento 1994/04/12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mendoza
13. Segundo apellido Morales
14. Primer nombre Miguel
15. Segundo nombre Jandiel
16. Dirección residencia MZ 4 Casa 12
16.1 Barrio Loco
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3044817712
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ][ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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 MZ 4 casa 12
31.1 Barrio Loco
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 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 [ ]
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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud Total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 60 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 173 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ][ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ][ ][ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [✓] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [✓]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [✓]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [✓]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [✓]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [✓] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]

77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [ ][ ][ ] días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales [ ] 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI [ ] 80.2 NO [✓] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [✓]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [✓] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (laser, 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 [ ]

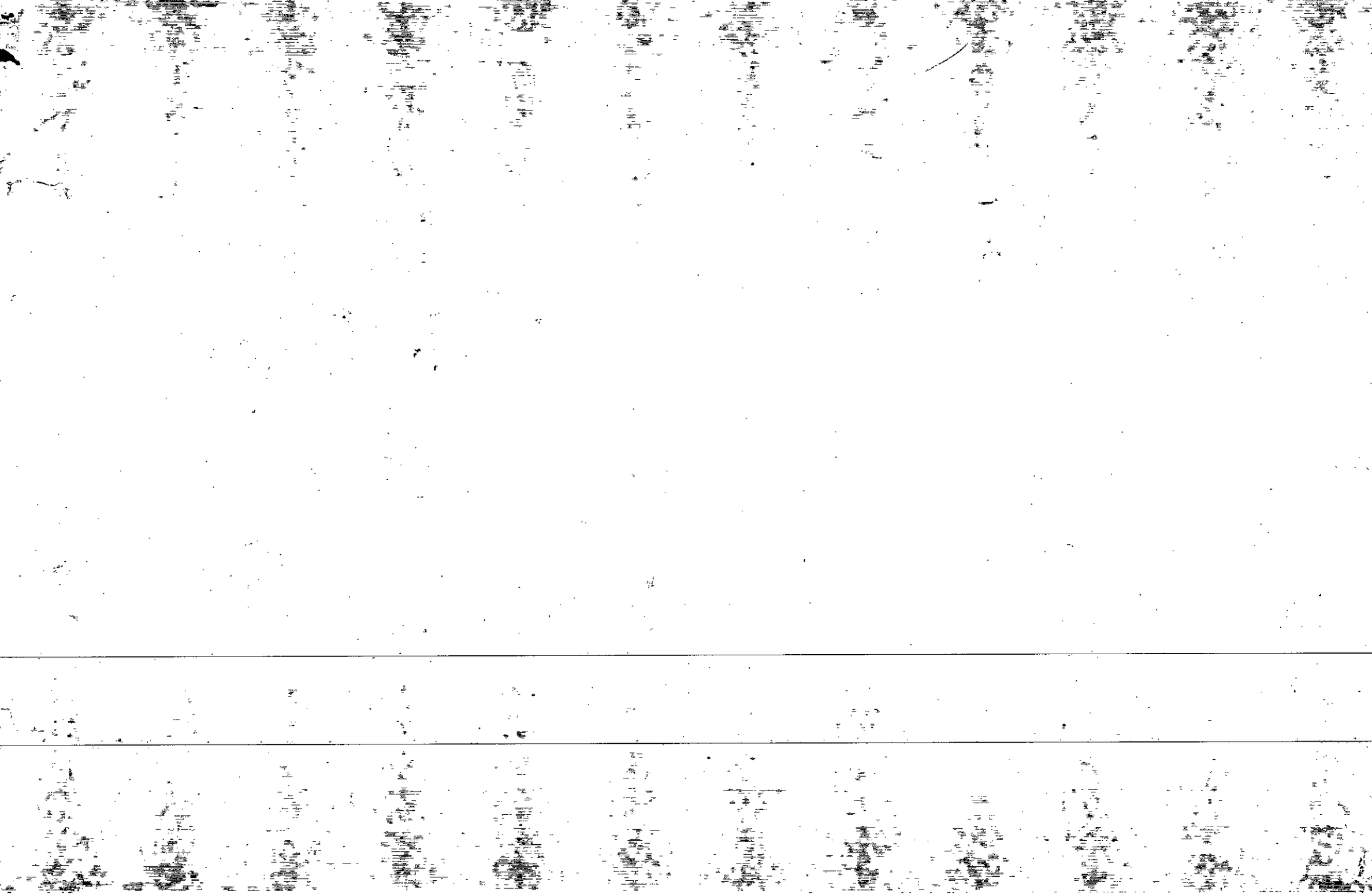
95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 10 50

Nombre del Encuestado: Miguel Angel Mendoza Morales

CC: 6059973

Firma del Encuestador:



La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *Servicio con calidad humana*

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:20 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/10/2003 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 10. Número de documento: 49606435

12. Primer apellido: Mairis 13. Segundo apellido: Elena 14. Primer nombre: Diaz 15. Segundo nombre: Rubidia

16. Dirección residencia: MZ 5 casa 6
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: 3125112127
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 [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 [ ]
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? 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? 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 [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: MZ 5 Casa 6
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 Si [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 Si [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 62 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 práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar progunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☑

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 0 0 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 0 0

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☐ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☐

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	✓	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	✓	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☑

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☑ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☑ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. ✓

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☑ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. No ☑

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☐ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 1030

Nombre del Encuestado: Mayeli Díaz. 4960435

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/11 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 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 49776914 11. Fecha de nacimiento 19680822 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Maldonado 13. Segundo apellido Perez 14. Primer nombre Lucia 15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Cra 36 # 18 Bis
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 3049825236
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: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 36 #18 Bis
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud Total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☒

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☒

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☒ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o 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: 1020

Nombre del Encuestado:

CC:

Firma del Encuestador: [illegible] 79 776 914

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 09 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0940 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [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 1003133910
11. Fecha de nacimiento 19960230 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Carval
13. Segundo apellido Torres
14. Primer nombre Deyner
15. Segundo nombre Alfonso
16. Dirección residencia Cll 7b # 41-47
16.1 Barrio divino niño
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cll 7b # 41-47
31.1 Barrio divino niño
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [X] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [X] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. 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 progunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3.Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	✓	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	✓	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ✓

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 0959

Nombre del Encuestado: [redacted] 1.003315410

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2024 (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 [ ] 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: 1977054
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1960 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Casiani
13. Segundo apellido: Arzuaga
14. Primer nombre: Delba
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: M27 Casa 21
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: 3175258879
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 complete [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? 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 [X] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: M27 Cas 21
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 15 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sos 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 ? 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? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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) [X]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI [X] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 89.2. No [ ]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor [X] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]

90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI [X] 91.2. No [ ]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI [X] 92.2. No [ ]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [ ] 94.2. No [X]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 09:10

Nombre del Encuestado: Dalva Casiani 49772054

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 15/04/2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0830 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595086

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 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 1067595086
11. Fecha de nacimiento 19/05/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mendoza 13. Segundo apellido Morales 14. Primer nombre Mayerlin 15. Segundo nombre Gabriela
16. Dirección residencia Mz 1 casa 36
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 3179966501
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 qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 09
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 [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 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 1 casa 36
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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 práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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? 020

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su 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 ND. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		85.6. PELIGRO QUÍMICO	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☐

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☒ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. ☒

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 0910

Nombre del Encuestado: Hayde Arteaga 6398910

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X] 1067595686

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/14 (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:

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 1067595686
11. Fecha de nacimiento 1995/09/27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Carvajal
13. Segundo apellido Ascanio
14. Primer nombre Miguel
15. Segundo nombre Angel
16. Dirección residencia: MZ 1 CASA 3
16.1 Barrio Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3122951649
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: [ ][ ]
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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 03
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 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 MZ 1 CASC 3
31.1 Barrio Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ][ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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 ? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? [ ][ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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 ☐

65. 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 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: 09:10

Nombre del Encuestado: Virgen Carvajal 77.184.610

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20 / 04 / 10 (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: 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 [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento: 16 / 03 / 1984 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 32667425

12. Primer apellido: Ortiz 13. Segundo apellido: Gothel 14. Primer nombre: Santamaria 15. Segundo nombre: Escorcia

16. Dirección residencia: Mz 1 Casa 33
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: 3155700787
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 [ ] 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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 1 Cas 33
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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? 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 ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 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?

30. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

30.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☒

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias	✓	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	✓	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☑

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☑ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☑ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. ✓

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☑ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI ☑ 92.2. No ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☑ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☑

Hora de terminación: 9:35 a

Nombre del Encuestado: Cecilia Santamaría 32.667.425

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:40 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595626

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 1065836604
11. Fecha de nacimiento: 1997/11/08 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Huguett 13. Segundo apellido: Benjumea 14. Primer nombre: Pablo 15. Segundo nombre: Andres
16. Dirección residencia: Mz 3 casa 25
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: 3117744187
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 3 casa 25
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
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 03 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 64 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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 ☐

65. 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: 0740

Nombre del Encuestado: Pablo Andres Arcos Ott 1065836604

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 01 31 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:10 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067591207

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 77034115
11. Fecha de nacimiento: 1971 01 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendoza 13. Segundo apellido: Perez 14. Primer nombre: Nauver 15. Segundo nombre: Ariel
16. Dirección residencia: Mz 7 Casa 7
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: 3206851504
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 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? 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 7 Casa 7
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 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 [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 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 ? 74 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 [ ] 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 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le 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: 0813

Nombre del Encuestado: Nohyri Mendoza 77034115

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 21 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0930 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067591566

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19 03 1973 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 49760774

12. Primer apellido: Zambrano 13. Segundo apellido: Almario 14. Primer nombre: Onaty 15. Segundo nombre: Mario

16. Dirección residencia: Mz 2 Casa 23
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: 3167470974
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: 09

22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 Cs 23
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 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 00 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? 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 ? 66 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 145 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? 02

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el 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, 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: 0240

Nombre del Encuestado: Ovalta Estrada

CC:

Firma del Encuestador: 1976077

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 28/04/2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:30 (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: 1067505636

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/07/2004 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 1065075257

12. Primer apellido: San Juan 13. Segundo apellido: Cera diego 14. Primer nombre: Ana 15. Segundo nombre: Emilse

16. Dirección residencia: MZ 2 casa 4
16.1 Barrio: Rocio 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3157259369
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: 13

22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]

24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [X] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [X] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?

30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 casa 4
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [ ] 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? 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 ? 85 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? 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? 10

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su 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: 03:4

Nombre del Encuestado: Nora San Juan 36450757

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 27/11/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0915 (H H 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: 49779586
11. Fecha de nacimiento: 19/08/67 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Padilla
13. Segundo apellido: de Avila
14. Primer nombre: Beatriz
15. Segundo nombre: Nelly
16. Dirección residencia: Mz 1 Casa 14
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: 3170560807
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 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) [ ]
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: Mz 1 casa 14
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 68 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 8 6 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☑

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☑

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 79.12.1)			

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: 07:28

Nombre del Encuestado: Bernardo Padilla 49724586

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 09 14 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0836 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067590686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 47496760
11. Fecha de nacimiento: 1987 12 27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ruede 13. Segundo apellido: de diaz 14. Primer nombre: Genoveva 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 9 #9 Etapa 2
16.1 Barrio: Garupal 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3167990605
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 9 #9 Etapa 2
31.1 Barrio: Garupal 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la 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 [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 15 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 Si [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Santas
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 ? 95 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 [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. 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? 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 [ ] 92.2. No [X]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [ ] 94.2. No [X]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 0150

Nombre del Encuestado: Genoveva Acuña de Diaz 42498760

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 16/04/2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 01:10 (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 [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
   9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 1067310673 — 19730623
12. Primer apellido: Padilla 13. Segundo apellido: de Avila 14. Primer nombre: Mildreth 15. Segundo nombre: Mariana
16. Dirección residencia: Mz 3 Casa 7
    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: 3173159610
    17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
    20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
    20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
    20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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: Mz 3 casa 7
    31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
    31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
    34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nasalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 50 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 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 ☐

7C. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	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?

73. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 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: 01:13

Nombre del Encuestado: Mildred Padilla 49781078

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 07 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 07 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: 106759566

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19 04 1990 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 49720113
12. Primer apellido: Becerra 13. Segundo apellido: Castillo 14. Primer nombre: Luz 15. Segundo nombre: Dary
16. Dirección residencia: Mz Casa
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: 3016601803
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 [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 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 Mz Ce casa 9-i
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [X] 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 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 55 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 157 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☐

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☐

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? ☐☐ días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? ☐☐

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto.con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación? _____

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál? _____

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☐ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☐

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, 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: 0 3 0 8

Nombre del Encuestado: Luz Dary Becerra C.

CC: 49720113 Yipar.

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 17-06-2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:30 (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: 1062750686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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 49793909
11. Fecha de nacimiento 19-07-1978 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Gonzalez 13. Segundo apellido Molina 14. Primer nombre Martha 15. Segundo nombre Geovanna
16. Dirección residencia Mz 9 Casa 14
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 3206648049
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 [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [X] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 9 Casa 14
31.1 Barrio Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 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 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [X] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, 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 pregunte 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	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: 0210

Nombre del Encuestado: Martha Gonzalez Mogna

CC: 49.793.909

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021/10/17 (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: 1067959586

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿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: 63647129
11. Fecha de nacimiento: 1983/12/09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Balaguera
13. Segundo apellido: Torres
14. Primer nombre: Mary
15. Segundo nombre: Elizabeth
16. Dirección residencia: Mz 3 Casa 20
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: 3108035327
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 [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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 3 Casa 20
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado:
31.3 Vereda:
31.4 Localidad:
31.4.1. Número de la localidad:
31.5 Comuna:
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [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 ? 067 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☑

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☑

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el 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 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: 1210

Nombre del Encuestado: Mary Elizabeth Bolaños 63547129

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 2024-2027 | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20/11/2024 (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: 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 [ ] 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: 49719633
11. Fecha de nacimiento: 19830710 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Garcia 13. Segundo apellido: Vargas 14. Primer nombre: Rosa 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: MZ 1 casa 28
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: 3010471127
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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 [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 1 casa 28
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 08 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 51 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 152 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☑ 64.2 NO ☐

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☑

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		85.6. PELIGRO QUÍMICO	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI [ ] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [X]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI [X] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 89.2. No [ ]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor [ ] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]

90.5. Ninguna. [X]

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI [X] 91.2. No [ ]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. SI [X] 92.2. No [ ]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [X] 94.2. No [ ]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 11:50

Nombre del Encuestado: Kelly García

CC: 1049719538

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/11/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1026 (H H 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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19760915 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 49778167

12. Primer apellido: Barrios 13. Segundo apellido: Ariaz 14. Primer nombre: Yasiry 15. Segundo nombre:

16. Dirección residencia
16.1 Barrio: 4to años 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda: Mz 49 casa 5
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3001682116
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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Wiay
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 49 casa 5
31.1 Barrio: 4to años 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 02 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 13
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coosalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 65 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, 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		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ✓ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ✓ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ✓ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI ✓ 92.2. No ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ✓ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ✓ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ✓

Hora de terminación: 1230

Nombre del Encuestado: A. Yasiri Barrios 49778165

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0310 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067596836

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 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: 49766361
11. Fecha de nacimiento: 1971/10/18 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: De Avila
13. Segundo apellido: Quintero
14. Primer nombre: Esilda
15. Segundo nombre: Isabel
16. Dirección residencia: MZ 7 Casa 17
16.1 Barrio: Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3176234616
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 [ ] 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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: MZ 7 Casa 17
31.1 Barrio: Rocio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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? Cavacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 65 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [X] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [X]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco 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 79.12.1)			

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 [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. 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: 0133

Nombre del Encuestado: [redacted] 49766364 Fr

CC:

Firma del Encuestador: [redacted]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 49793516 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Bolaños 13. Segundo apellido: Fonseca 14. Primer nombre: Astrid 15. Segundo nombre: Judith
16. Dirección residencia: Mz 2 Casa 25
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: 3185624249
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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? 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: Mz 2 casa 25
31.1 Barrio: Rocio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 10 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 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud total
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 96 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [X] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [X]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [ ][ ]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [X] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71. 4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71. 5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71. 6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71. 7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71. 8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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)		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) [X]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI [X] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. Si [X] 89.2. No [ ]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor [X] 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: 0110

Nombre del Encuestado: Astrid Burbano 49793510 X/par

CC:

Firma del Encuestador:

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 PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024

FECHA DE EJECUCION: 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024

DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
					No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS- Acumulado	VALOR TOTAL EJECUTADO - Acumulado	% DE EJECUCION ACUMULADO	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Ambito y Salud Laboral	Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15)	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 70.000.000,00	25	4	$ 11.200.000,00	16%	4	$ 11.200.000,00	25	$ 70.000.000	100%	0	$ 0,00	0%
	Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales nuevos adscritos a pequeñas unidades de negocios, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 20.000.000,00	1000	312	$ 6.240.000,00	31%	312	$ 6.240.000,00	1000	$ 20.000.000	100%	0	$ 0,00	0%
TOTAL									$ 17.440.000						

ELBA USTARIZ MARTINEZ
Gerente
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

NANCY TAMAYO MORÓN
Subdirectora científica
Supervisor

Proyectó: **BELKIS CORDOBA QUINTERO**
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

INFORME DE ACTIVIDADES

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 423-SGR de 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	$ 1.407.741.920 MAS LA ADICION REALIZADA EN EL MES DE AGOSTO $ 553.426.712,80 **TOTAL, CONTRATO: $ 1.961.168.632,80**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	9 MESES
PERIODO REPORTADO	**1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024**
DIMENSION	**SALUD Y AMBITO LABORAL**
VALOR ASIGANDO EN LA DIMENSION	**90.000.000**

ACTIVIDAD A EJECUTAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANEXO /FOLIO
Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales o economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS	Esta actividad de caracterización a la población trabajadora informal se realizó por medio de un instrumento (encuesta), de forma manual, la cual es diligenciada en su totalidad por el grupo de caracterizadores dos (2); la encuesta consta de 95.2 preguntas, que se distribuyen de la siguiente forma, datos generales del trabajador, datos sociodemográficos, datos socioeconómicos, seguridad social, estilos y condiciones de vida, condiciones de salud y condiciones de trabajo, ubicada en los diferentes sectores: Sector del barrio 12 de octubre con AV Simón Bolívar, y alrededores, Sector Colegio José Eugenio Martínez - Manantial y alrededores, Sector Barrio Gerizim y alrededores, Barrio Mareigua - Páramo y alrededores, Urb. El Rocío y alrededores, así como: en los corregimientos de Rio Seco, Alto de la Vuelta, Los Venados. S Siendo estas unas de las zonas de mayor, concentración de trabajadores	• caracterización, consolidado en Excel de los avances y su cargue a la página del MSPS. • Entregar en físico y digital en memoria USB • Archivo de población diferencial • Seguimiento al plan de acción de la vigencia • Registro fotográfico con georreferenciación y fecha • Registro de asistencia formato de anexos técnicos Videos

	informales, de los cuales se logró aplicar el instrumento a 312 trabajadores informales en los rangos de curso de vida adultez, de 18 años hasta vejez de 60 y más, percibiendo en la población objeto receptividad y disposición para el desarrollo de la actividad planteada, durante el mes de noviembre de 2024. Dando cumplimiento la ejecución total de las mil (1.000) caracterizaciones descritas en la ficha.	
Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15)..	Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana del municipio de Valledupar y además Intervenciones de información en salud a los diferentes trabajadores del sector informal de acuerdo a su actividad económica sobre la estrategia "**CUÍDATE EN TU TRABAJO:** **Se realizaron en el mes de octubre 8 intervenciones:** - **Corregimiento de Patillal** - **Corregimiento de La Vega** - **Sector Barrio Mareigua-Valledupar** - **Sector Barrio Gerizim-Valledupar.**	Presentación de informe por periodo de los sectores intervenidos. Que incluya: • Videos, • registró de planillas de asistencia, • evidencias fotográficas de perifoneo y de la actividad, infografía y actas de ejecución de la actividad realizada.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 02 días del mes de diciembre de 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO
Coordinadora PIC – 2024

Proyecto: Belkis Córdoba - Coordinadora PIC - 2024

INFORME SALUD Y ÁMBITO LABORAL

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales o economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

PRESENTACIÓN

La E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza a través de la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Dimensión Ámbito y Salud Laboral, se realiza caracterización de la población trabajadora informal, ubicada en los diferentes Sector del barrio 12 de octubre con AV Simón Bolívar, y alrededores, Sector Colegio José Eugenio Martínez - Manantial y alrededores, Sector Barrio Gerizim y alrededores, Barrio Mareigua - Páramo y alrededores, Urb. El Rocío y alrededores, así como: en los corregimientos de Rio Seco, Alto de la Vuelta, Los Venados, entre otras, siendo estas zonas de mayor concentración de trabajadores informales, de los cuales se logró aplicar el instrumento a **312 trabajadores informales** en los rangos de curso de vida adultez, de 18 años hasta vejez de 60 y más, percibiendo en la población objeto receptividad y disposición para el desarrollo de la actividad planteada.

OBJETIVO

Realizar caracterizaciones a la población trabajadora informal de la economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar.

EJECUCIÓN

Para este mes de octubre se ejecutó un total de: **312** caracterizaciones de la **población trabajadora informal** distribuidas en la zona de los diferentes sectores que fueron priorizadas en el municipio de Valledupar, y zona rural, haciendo referencia al cuarto trimestre, aplicadas con el instrumento y cargadas a la plataforma **CAPTIC.**

La actividad se realiza por medio de un instrumento (encuesta), de forma manual, la cual es diligenciada en su totalidad por el grupo de caracterizadores dos (2); la encuesta consta de 95.2 preguntas, que se distribuyen de la siguiente forma, datos generales del trabajador, datos sociodemográficos, datos socioeconómicos, seguridad social, estilos y condiciones de vida, condiciones de salud y condiciones de trabajo.

Cabe resaltar que los sectores o zonas intervenidos como las Clínicas se encuentran ubicadas en diferentes zonas del Municipio, donde se evidenció que la principal actividad económica de las personas que frecuentan el sector es la del comercio, donde encontramos diferentes grupos en su gran mayoria trabajadores informales que laboran en promedio de 4 a 8 horas y más de acuerdo con la temporada.

Durante el proceso de caracterización se evidencia diferentes actividades económicas tanto de vendedores estacionarios como ambulantes que se dedican a las ventas de diferentes artículos y víveres que van desde fritos, carnes, frutas, jugos, artículos del hogar, artículos de vestir, entre otros. Sin embargo, se evidenciaron otras actividades no propias del sector que en el momento se estaban desarrollando tales como la construcción donde encontramos personas dedicadas a la metalmecánica, o personas que en el momento se encontraban en el sector por temas de compra o distribución de artículos tales como mecánicos, estilistas, o trabajadoras de oficios varios.

En el desarrollo de las jornadas se pudo observar la receptividad de las personas al momento de realizar la encuesta, ya que esto representa para ellos una esperanza, así mismo la ampliación de sus conocimientos a lo que respecta sus condiciones de salud y riesgos propios de sus actividades laborales.

Por otra parte, se observó que en la mayoría de los hogares la base de su sostenimiento está determinado que al menos una persona se dedica al trabajo informal, ya que el nivel educativo de la gran mayoría es bajo o medio y encuentran en esta una acción de trabajo para sostener a su familia, entre estas labores se pueden resaltar las siguientes.

- **TRABAJADORES ESTACIONARIOS EN VENTAS DE ALIMENTOS, FRITOS, JUGOS, ENTRE OTROS**
- **ARTESANOS**
- **PESCA**
- **ESTILISTA – PELUQUERÍA**
- **CONSTRUCCIÓN**
- **TRABAJADORAS EN CASA DE FAMILIA**

Por las actividades económicas ya mencionadas y haciendo este análisis podemos concluir que los trabajadores informales en estos sectores estas expuestos a riesgos psicosociales y físicos.

- **RIESGO PSICOSOCIAL:** Ya que esta población vive en mucho estrés por toda la problemática social de este sector, actitudes negativas, ansiedades.
- **FISICO:** por la exposición a altas temperaturas y humedad, carga física, inseguridad, y no tener EPP.

Desde este punto de vista se educa a la población en los cuidados y riesgo a nivel laboral según las actividades económicas que desempeñen. Se motiva a la población al cuidado de su salud y al uso de elementos de protección básicos para el ejercicio de su labor.

A manera de conclusión se brindó información en salud y se sensibilizo a la población en el cuidado de su salud durante la realización de su labor, así como identificar los riesgos a lo que están expuesto y las recomendaciones que deben tener en cuenta para mantener y mejorar su estado de salud físico y mental.

El proceso del CARGUE a la plataforma con vigencia 2024 ya se encuentra habilitado, y en proceso de alimentar la plataforma con el instrumento designado. durante el mes de noviembre se logra visibilizar las caracterizaciones que fueron cargadas en el tiempo de la misma, en la cual se puede comprobar los datos cargados.

CONCLUSIÓN

Por tanto, concluimos para el mes reportado (noviembre) se ejecutó **el 100% de las caracterizaciones,** a lo que hace referencia a la aplicación de la caracterización de la población trabajadora informal, **para el mes de noviembre el cargue del 32% (312)** caracterizaciones a la plataforma CAPTIC, para dar cumplimiento a la meta programada del cuarto trimestre, dando por ejecutado el total de las **1.000 mil** encuestas descritas en la ficha, del área de Salud y ámbito Laboral.

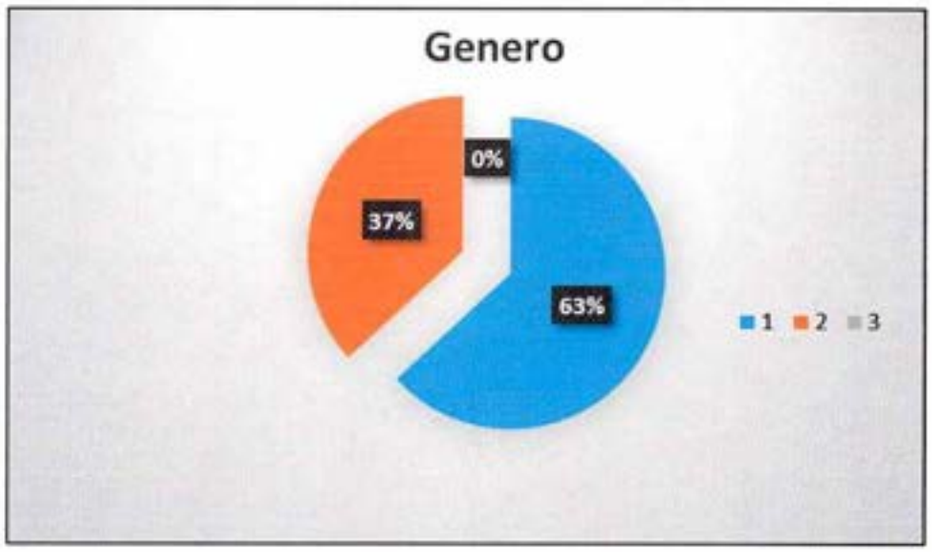
Y finalmente el instrumento fue aplicado, y se describe el total de cada sector caracterizado:

- Sector del barrio 12 de octubre con AV Simón Bolívar, y alrededores, se caracterizaron 14 trabajadores informales.
- Sector Colegio José Eugenio Martínez – Manantial y alrededores, se caracterizaron 12 trabajadores informales.
- Sector Barrio Gerizim y alrededores, se caracterizaron 134
- trabajadores informales.
- Barrio Mareigua - Páramo y alrededores, se caracterizaron 17 trabajadores informales.
- Urb. El Rocío y alrededores, se caracterizaron 103 trabajadores informales. así como: en los corregimientos de
- Rio Seco, se caracterizaron 13 trabajadores informales.
- Alto de la Vuelta, se caracterizaron 7 trabajadores informales.
- Los Venados, se caracterizaron 14 trabajadores informales.

Para un total de 319 caracterizaciones realizadas para el mes de octubre, teniendo una duplicidad de 7 encuestas. Es decir, que para efectos del cargue en la plataforma, solo se ingresaron 312 caracterizaciones de la población trabajadora informal.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ASISTENTES

Distribución por género



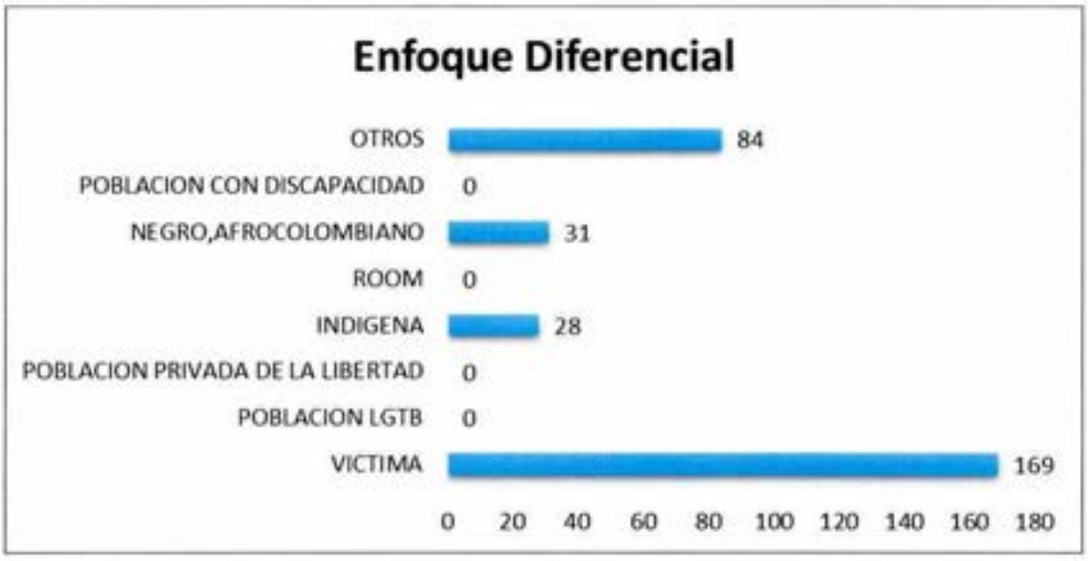
En esta grafica podemos evidenciar que el 63% de los trabajadores informales pertenecen al sexo femenino y el 37 % restante al sexo masculino.

Distribución por edad:



El mayor número de trabajadores informales se encuentran en el curso de vida entre los 29 y 59 años de edad (Adultez) con un 55,8%, seguido del grupo de 18 a 29 años (Juventud) con un equivalente al 19,6% y con un 24.68 % está en el curso de la (Vejez).

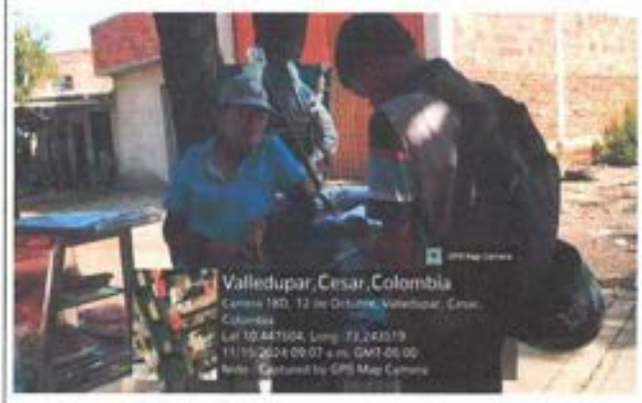
Enfoque diferencial



El 26,9% de los trabajadores informales caracterizados pertenecen a otros grupos poblaciones diferentes a los que están descritos, el 54,2% manifiestan ser víctimas del conflicto armado, seguido con un 9,94% son afro, negro y el 8,97% población indígena.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ACTIVIDAD DE CARACTERIZACIÓN

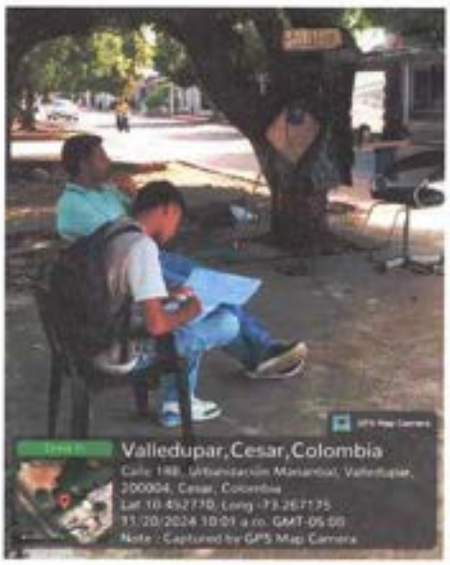
Sector AV. Simón Bolívar- Barrio 12 de octubre y alrededores





Sector IE Jose Eugenio Martinez – B. Manantial y alrededores.





Sector Barrio Gerezím y alrededores.





Sector Barrio Mareigua – Páramo y alrededores





Sector barrio Urb. El Rocío y alrededores





Sector Corregimiento El Alto de la Vuelta





Sector Corregimiento Los Venados



En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, cesar a los 20 días del mes de diciembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

Proyectó: Ana Milena Fuentes Añez
Referente Salud y Ámbito Laboral – HEAD – PIC 2024

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
.N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL? Conderzación

NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación población trabajadora Animal

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral Head-PIC. FECHA: 29/NOV/2024

LUGAR: Sector Barrio Centrum y alrededores

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Luis Fidel Montero S.	5121200	1	6	4	1	—	3162760714	Comercio	Luis Fidel
2	Mario Leonor Santo Tomas	2195954	2	6	1	1	1	3155506424	Comercio	Mario Santo
3	Santiago Medina De la Cruz	1243010113	1	6	4	4	—	3126900712	Comercio	Santiago M.
4	Cristina Inés Iriarte	26992235	2	5	4	4	—	3255272912	Comercio	Cristina Iriarte
5	Silvia Mejía Suárez	26691761	2	5	4	4	—	3182573212	Comercio	Silvia Mejía
6	Constantino Sarmiento Nieto	12711933	1	5	4	1	—	3114183049	Comercio	Constantino Sar.
7	María Josefa Cuadro	36576010	2	5	4	4	—	3169395553	Comercio	María Josefa
8	Roberto Alonso Pérez Orellana	27638747	1	6	4	4	—	3116702220	Comercio	Roberto M.
9	Cornelia Camargo Jiménez	26942163	2	5	4	4	—	3042749724	Comercio	Cornelia Camargo
10	Deiban Mary Narváez	1.065864298	2	5	4	4	—	3170970720	Comercio	Deiban Narváez
11	Elda Rosa Polono Torres	25932613	1	5	4	4	—	3002112309	Comercio	ELDA ROSA
12	Francia Elena Suárez	49750668	2	6	4	4	—	3175902934	Comercio	Francia Suárez
13	Alfredo José Cortina Torres	12596978	1	6	4	4	—	3002112309	Comercio	Augusto Cortina
14	Bernardino Caballero Polo	51222126	1	5	4	4	1	3102551429	Comercio	Bernardino Caballero

*(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"
GESTIÓN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESAUDO APRESORIO OROZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL? Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajador informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral tiene PIC. FECHA: 29/NOV/2024

LUGAR: Sector Barrio Cerrum y alrededores.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Omar Mendoz Ahumada	12713458	1	6	1	1	1	3102511920	Comercio	omar Mendez
2	Roberto Antonio Meriño	12609153	1	5	1	—	—	317 7602698	Comercio	Roberto Meriño
3	Rafael Alvarez Navarro	3980407	1	5	4	1	1	3205591476	Comercio	Rafael A.
4	Amilto Baron Perdomo	41552249	2	5	4	4	—	3105559457	Comercio	Amilto Baron
5	Agustina Polo De Cortes	26989556	2	6	4	4	—	3012819274	Comercio	agustina Polo
6	Nora Diaz Baron	26976529	2	5	4	4	—	3005879355	Comercio	Nora Diaz
7	Juan Rafael Cortes	5131328	1	6	4	1	—	3235194719	Comercio	Juan Cortes
8	Daniel Cadena Mendoza	1124252020	1	6	4	1	—	3017562384	Comercio	Daniel Cadena
9	Ernesto Redondo Fernandez	6865271	1	5	4	1	—	3126093722	Comercio	Ernesto R.
10	Elsa Rosa Hernandez G.	49736531	2	5	4	1	—	3013910242	Comercio	ELSA HERNANDEZ
11	Esther Cabrera Herrera	26915917	2	6	4	1	1	3005137601	Comercio	Esther Cabrera H.
12	Teobaldo Herrera Caceres	399350	1	6	4	4	—	3135506929	Comercio	Teobaldo H.
13	Georgina Perez De Rodriguez	40994153	2	5	1	1	1	3005137607	Comercio	Georgina Perez
14	Maria Ortiz Ortiz	36670727	2	5	4	1	1	321 5019436	Comercio	Maria Ortiz

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024 - 2027

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO HINESTROSA DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ambiente Gabriel HEAB-PIC FECHA: 29/NOV/2024

LUGAR: Sector Barrio Cenizum y alrededores

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (11 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	Maria Cuello Ortega	23169154	2	5	4	1	3	3157701134	Comercio	Maria Cuello
2	Jonas Enrique Ortega Ortega	23161154	1	6	1	1	1	302 2711 90	Comercio	Jonas Ortega
3	Zunilda Mieles	42492280	2	5	4	1	1	3007325640	Comercio	Zunilda Mieles
4	Margarita Verbel Vasquez	42495618	2	6	4	1	1	300227 11 90	Comercio	Margarita
5	Ana Mancilla Salud	26990729	2	5	1	1	—	3103506363	Comercio	Ana Mancilla
6	Lesbia Maria Molina Borja	42497469	2	5	4	1	1	3167726950	Comercio	Lesbia Molina
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y PMSS Laboral. HEAD - PIC. FECHA: 29/Nov/2024

LUGAR: Barrio Gerzim Horredores

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	Rafael Nuñez Gutierrez	77.017.106	1	6	4	1	—	3225139287	Comercio	Rafael Nuñez
2	Esther Lopez Carcerer	1.003313215	2	5	2	1	1	3246394496	Comercio	
3	Francia Elena Carmona	1102808361	2	5	2	—	1	3143037133	Peluquería	FRANCIA
4	Rommel Bastos Perez	77.171.657	1	3	4	4	1	3183852853	Peluquería	ROMMEL BASTOS
5	Carlos Botero Gallego	7525132	1	6	4	4	—	3110717981	Peluquería	CARLOS BOTERO
6	Cindys Navelo Pabler	1002401170	2	4	4	4	—	3206701038	Comercio	Wendys ROBLES
7	Nallys Castro Padilla	49.733.301	2	6	4	1	1	3106853212	Comercio	Nelly castro
8	Melissa Estrada Castro	1062402307	2	4	1	1	1	3106853212	Comercio	Melissa Estrada
9	Victor Velasquez Cano	12721479	1	6	4	4	1	3147949141	transporte	
10	Yuliana Hoyos Blandon	1067593671	2	4	4	4	—	3217420739	Comercio	
11	Aideth Vides Perez	36592.014	2	5	4	1	—	3114108904	Comercio	Aideth Vides
12	Romelia Lopez de Garcia	36510.319	2	6	4	1	1	3107370516	Comercio	
13	Esperanza de Avila Quintero	49.766364	2	5	4	—	1	3176234646	Modista	
14	Astrid Garcia Rojas	49605316	2	5	1	4	1	3107370576	Comercio	Astrid Garcia Rojas

*[PCD]: Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD- PIC. FECHA: 29/NOV/2024

LUGAR: Barrio Cerezo y alrededores.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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	Jamer Keith Peinado	72297629	1	5	4	4	1	3023546960	Comercio	x
2	Wilman Alberto Florin Vilora	77034004	1	5	4	4	1	3016585814	Comercio	x Wilman Florin
3	Gustavo Cubillos Trespalacios	5008892	1	6	4	4	1	3235793308	Comercio	x
4	Lina Muñoz Villalobos	1065546627	2	4	4	4	—	3043042045	Comercio	x Lina Muñoz
5	Jairo Perez Ortiz	12691188	1	6	4	1	1	3043391711	Comercio	x JAIRO PEREZ
6	Daniris Caceres Torres	49763702	2	5	4	4	1	3043381598	Comercio	x Daniris Caceres T
7	María Alvarado Argote	1148614674	2	4	4	1	1	3122222018	Comercio	x Maria Alvarado
8	Yuliana Alvarado Argote	1003380672	2	4	4	1	1	3105172941	Comercio	x Yuliana Alvarado
9	Maricly Carrucho Leka	1065837107	2	4	4	1	1	3029059657	Comercio	x
10	Daibeth Cujia Fragozo	1065642596	2	5	1	4	—	3158902233	Comercio	x Daibeth Cujia
11	Jose Ochoa Arroyo	77.010.096	1	6	2	4	1	3147603402	Comercio	x Jose alberto Ochoa
12	Yoveris Gomez Batista	49.718.402	2	5	1	1	1	3023522234	Comercio	x Yoveris Gómez
13	Marlon Jose Arrieta Lerma	1.065.819.558	1	4	4	4	—	—	Comercio	x NO FIRMA.
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
.N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___, CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL? Concientizacion

NOMBRE DEL EVENTO: Concientización población trabajador informal.

RESPONSABLE: Salud Ambiental Y Sanitaria HEAD A.C. FECHA: 28/NOV/2024

LUGAR: Sector Banco Seguro Y alrededores.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 19 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan José Jusle Martinez	1067529652	1	4	1	1	1	3135391903	Comercio	Juan José Jusle M.
2	Valentina Sofia Miranda R.	1065485078	2	4	4	1	1	3002906750	Comercio	Valentina Sofia
3	Kevin Andres Restrepo R.	1067611132	1	4	4	1	1	3176920720	Comercio	Kevin Andres
4	Sofia Castañeda Noriega	1067676198	2	4	4	1	1	3141182044	Comercio	Sofia Castañeda
5	Sharol Sofia Martinez Molina	1066093982	2	4	4	1	—	3145977853	Comercio	Sharol Sofia
6	Omar Jose Bonilla Lopez	1065595667	1	4	4	1	1	3116257868	Comercio	Omar Jose
7	Pablo Esparragoza Montero	1065341843	1	4	4	1	—	3156983022	Comercio	Pablo Esparragoza
8	Jorge Diaz Romero	1065342944	1	4	1	1	1	3114259862	Comercio	Jorge Diaz
9	Maria Jose Ortega Ramirez	1067620250	2	4	4	1	—	3002366150	Comercio	Maria Ortega
10	Juan David Montero Charris	1067623028	1	4	4	—	—	3005520098	Comercio	Juan David
11	Juan Antonio Lopez Gorgo	1067620028	1	4	4	4	—	3145354927	Comercio	Juan Antonio Lopez
12	Mateo Arias Jimenez	1067625815	1	4	1	1	1	3114232169	Comercio	Mateo Arias
13	Maria Camargo	1067801180	2	4	4	1	1	3114035135	Comercio	Maria Camargo
14	Daileth Mercedes Charris Lopez	1067609571	2	4	4	4	—	3015587230	Comercio	Daileth Charris

*(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?: Concientización

NOMBRE DEL EVENTO: Concientización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ambito laboral Hospital HEAD

FECHA: 29/NOV/2024.

LUGAR: Sector Barrio Cesar y alrededores.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Alejandro Almanza Meneses	1066780897	1	4	1	4	1	3234200610	Comercio.	Alejandro A.
2	Julio Fernandez Romero	77017127	1	6	1	1	—	3234200610	Comercio.	Julio Fernandez
3	Jose Andres Rodriguez Martinez	1092350?	1	4	1	1	—	3173428670	Comercio.	Jose Rodriguez
4	Manuel Sanchez Celo	9703950	1	5	4	4	—	3215605966	Comercio	Manuel S.
5	Nicolas Parra	1041635853	1	4	4	4	—	3173428670	Comercio.	Nicolas Parra
6	Juana Molina Cassiani	9978367	2	4	1	1	1	3045519538	Comercio.	Juana Molina
7	Alfredo Moron Meneses	1067355868	1	4	4	1	—	3144136725	Comercio.	Alfredo Moron
8	Consuelo Silver Romero	24968797	1	4	4	4	—	3009664100	Comercio.	consuelo silver romero
9	Alvaro Martinez Jimenez	1.067611943	1	4	4	1	1	3024033891	Comercio.	Alvaro Martinez
10	Juan Rodriguez Ospino	1.066298265	1	4	4	1	—	3173428670	Comercio.	Juan Rodriguez
11	Andres Ramirez Turizo	1099 41944	1	4	1	1	1	3215605966	Comercio	Andres Ramirez
12	Adriana Ruiz Martinez	1065839333	2	4	4	1	1	3235194719	Comercio	Adriana Ruiz
13	Yanibis Palencia Obeid	49759968	2	6	4	1	1	3003079355	Comercio.	Yanibis Palencia
14	Shekina Andrea Gorut M.	1193789764	2	4	4	1	—	3003079355	Comercio.	Shekina Andrea

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
IN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Concientización

NOMBRE DEL EVENTO: Concientización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud Ambiental Laboral HEAD-ESE. FECHA: 29/NOV/2024

LUGAR: Sector Barrio Cerain y alrededores

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Karen Chaver Echaver	1065603629	2	5	4	1	1	3158184539	Comercio	Karen Chaver
2	Jorge Redondo Reyes	1064630849	1	4	4	1	1	3042016569	Comercio	Jorge Redondo
3	Nelson Padilla Torres	85486521	1	5	4	1	—	3113145408	Comercio	Nelson Padilla
4	Manuel Pinto Arias	77183853	1	5	1	1	1	3175005225	Comercio	Manuel Pinto
5	Manel Orozco Mejia	7705681	1	6	4	1	—	3234608264	Comercio	Manuel Orozco
6	Jesus David Castellano	1709618	1	5	1	1	—	3212078976	Comercio	Jesus Castellano
7	Mario Alejandro	42410583	2	6	4	1	1	3013049898	Comercio	Mario Alejandro
8	Alba Romero Castilla	2709616	2	6	4	1	—	3107099276	Comercio	Alba Romero
9	Daniel Jimenez Ovalle	1067578783	1	4	4	4	1	3194153451	Comercio	Daniel Jimenez
10	Daniel Leal	1066778309	1	4	4	4	—	3194133454	Comercio	Daniel Leal
11	Luis Luis Amaya Botello	1129078909	2	5	4	4	—	3173426970	Comercio	Luis Luis Amaya
12	Luz Tarazo Patiet	1137078118	2	4	4	4	—	3173428570	Comercio	Luz Tarazo
13	Isabel Sofia Becerra Rodriguez	1067638229	2	4	4	4	—	3194153434	Comercio	Isabel Sofia
14	Jose Jorge Becerra Toro	1823015	1	6	4	4	—	3017540313	Comercio	Jose Jorge

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterizacion

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud Yambo Laboral HEAD-PIC FECHA: 20/NOV/2024

LUGAR: Sector Barrio Getzemani / alrededores.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Nelson Pertuz	1067379703	1	5	4	1	1	3007669190	Comercio	Nelson Peralta
2	Liliana Vida Velasco	1121032904	2	4	4	4	—	3024038891	Comercio	Liliana Vida
3	María Pardo Pertuz	1066880704	2	4	4	1	1	3144136725	Comercio.	María Pardo P.
4	Sugeylnes Velasquez Valencia	1066870904	2	4	1	1	—	3015595538	Comercio.	Sugeylnes Velasquez
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PC): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024 | 2027

PIC

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL? Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HEAD-E.S.E.

LUGAR: Sector Barrio Gerardo y alrededores.

FECHA: 27/Nov/2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan Francisco Lopez	12717332	1	5	4	4	1	3241712691	Comercio	Juan Francisco
2	Teodoro Villanueva Gonzalez	26954196	1	5	4	4	1	3107316412	Comercio	Teodoro Villanueva
3	Fidel Castillo Pino	26992020	1	5	4	1	1	3051112367	Comercio	Fidel Castillo Pino
4	Felix Vellero Ariza	77035153	1	5	4	4	1	3105894222	Comercio	Felix Villero Ariza
5	Victor Ruge Chavez	12717296	1	5	4	4	1	3242744117	Comercio	Victor Ruge C.
6	Luis Gutierrez Barrios	12680993	1	5	4	1	1	3015632193	Comercio	Luis Gutierrez
7	Yaneth Leyva Ochoa	49907559	2	5	4	1	1	3242744573	Comercio	Yaneth Leyva
8	Danito Jonathan Fernandez	26990954	1	5	4	1	1	3015632491	Comercio	Danito Jonathan
9	Karen Chavez Echavez	1065603629	1	4	4	1	1	3158184534	Comercio	Karen Chavez
10	Wandoze Ovalle Jimenez	77191342	1	6	4	1	1	3013349060	Comercio	Iran Jose
11	Jorge Reginaldo Rivera	1064838894	1	4	4	1	1	3042016580	Comercio	Jorge Reginaldo
12	Joan Rodriguez Ospino	1066248265	1	4	4	1	—	3173429550	Comercio	Joan Rodriguez
13	Alvaro Martinez Jimenez	1067611943	1	4	4	1	1	3024038091	Comercio	Alvaro Martinez
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
GESTIÓN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL? Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización Población trabajadora informal FECHA: 27-Nov/2024

RESPONSABLE: Salud y Ambito Laboral HEAD-PIC.

LUGAR: Sector Barrio Centro y alrededores

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Hernesto Castro Alcanzar	12.440.739.	1	5	4	1	1	301 563 2413	Comercio	Hernesto C
2	Rafael Enrique Mesa Cantes	12 317.158	1	4	4	4	—	3105631092	Comercio	Rafael Enrique
3	Pedro Manuel Pasos Miranda	3817251	1	4	4	4	1	310051 2397	Comercio	Pedro Pasos M.
4	Fermin Rondon Bayletteros	5131955	1	5	4	4	1	321 511 66 39	Comercio	Fermin R.
5	Fernanda Bastos Velasquez	13246166	1	5	4	4	1	301 563 2179	Comercio	Fernanda Bastos
6	Ayde Herrera Rondon	1098437558	1	5	4	1	1	300250 1629	Comercio	Ayde Herrera
7	Maria Quille De Bonely.	42987185	2	5	4	4	1	310051 2367	Comercio	Maria Quille
8	Daniel Borja Pacheco	14265744	1	5	4	4	—	3012459758	Comercio	Daniel Borja
9	Luis Zambrano Fontalvo	12715791	1	5	4	1	—	301 563 7341	Comercio	Luis Zambrano
10	Rosario Cabello Del Valle	97005805	2	5	4	4	1	301 563 2179	Comercio	Rosario Cabello
11	Mary Ortega Zuleta	26942574	2	5	4	4	1	3243962726	Comercio	Mary O.
12	Elizabeth Castilla Romero	42949913.	2	5	4	4	1	3105714246	Comercio	Eliza Castilla
13	Arcipabo Cortes Rodriguez	5582561	1	6	4	4	1	321 271 6281	Comercio	Arcipabo Cortes
14	Martina Rosado De Avila	12638540	2	5	4	4	1	301 631 4321	Comercio	Martina Rosado

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Concertación

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y cambio Cabaral Head-PIC. FECHA: 27/NOV/2024

LUGAR: Barrio Gerzim

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 50 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	Andalcys Esther Julio	49797974	2	5	4	4	1	3217420738	Comercio	Andalcys Julio
2	Nancy Manrique Barte	49790867	2	5	4	4	1	3216744695	Comercio	Nancy Manrique
3	Gladys Palomino Manrique	1065843326	2	4	4	4	1	3217026801	Comercio	Gladys Palomino
4	Neryis Trillos Cuando	49607532	2	5	4	1	1	3182505888	comercio	Neris Trillos
5	Dennys Arebalo	37316816	2	6	4	4	1	3016082639	Comercio	Deyes Arevalo
6	Aurora Ordoñez Leyva	26935432	2	6	4	4	1	3242443933	Comercio	
7	Merlis Gutierrez	1065653256	2	5	4	4	1	3112170670	Comercio	
8	Luis Manuel Zabaleta	19709229	1	5	4	4	1	3168975319	Comercio	Luis Zabaleta
9	Dilia Peña	1065624227	2	5	4	1	1	3017931809	Comercio	Dilia peña
10	Monica Amaya	49716259	2	5	2	1	1	3216596650	Comercio	Monica Amaya
11	Jiney Clavijo	49687607	2	5	4	4	1	3014589451	Comercio	Jiney clavijo
12	Nini Ibagra Brandon	49920391	2	5	4	4	—	3155914063	Comercio	Nini Ibagra Brandon
13	Fanniz Maria Martinez	57271609	2	5	4	4	1	3017587886	Comercio	Fanniz Martinez
14	Laura Patricia Ochoa	1065634901	2	5	4	1	1	3017587886	Comercio	Laura Ochoa

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Concertación

NOMBRE DEL EVENTO: Concertación población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral - HEAD-PIC. FECHA: 20/NOV/2024

LUGAR: Sector Urb Panamkal - 12 y alrededores

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1 CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ebelcy Lariz Daza	1065564427	2	5	4	2	1	3135339812	Comercio	Ebelcy Lariz
2	Isabel Guerra Quintero	49797602	2	5	1	1	1	3157163548	Comercio	Isabel Guerra
3	Jose luis Rodriguez lopez	7190907	1	5	4	4	—	3186236926	Comercio	Jose luis Rodriguez
4	Heriberto de angel Hernandez	77033585	1	6	4	4	1	3136933794	comercio	Heriberto de angel Hernandez
5	Dalivy Ciella	49690902	2	5	4	1	1	3157440208	comercio	Dalivy Ciella
6	Ana Isabel Moreno	267-91899	2	5	4	1	1	3122220582	Comercio	Ana Isabel Moreno
7	Nelly Zuleta	26942576	2	5	4	4	1	3692850726	comercio	Nelly Zuleta
8	Ana Ermacilia Cordoba	26939523	2	5	4	4	1	3135190436	comercio	Ana Hernandez
9	Rosaura Martinez Baez	26939070	2	5	4	4	1	3008197033	comercio	Rosaura Martinez
10	Enriqueta Guette	26757007	2	6	4	4	1	3040063223	comercio	Enriqueta Guette
11	Mejia Alvarez Enrique	12716757	1	6	4	1	—	3105948012	comercio	Alvaro Enrique
12	Licinio Pacheco	3445074	1	6	4	1	—	3225268979	comercio	Licinio
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Concientización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral - HEAD PIC.

LUGAR: Corregimiento 10 de C.

FECHA: 19/NOV/2024

	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Mendoza Adalis Lcet	1065654986	2		4	4	1	3216630532	Comercio	Adalys Mendoza
2	Rafael Maestre Coronado	1063953765	1	4	4	4	1	3003009446	Comercio	Rafael Maestre
3	Carlos Andres Polaño Diaz	1065626417	1	4	2	1	1	3147041803	Comercio	Carlos Andres
4	Elizabeth villazon Zapata	1019360756	2	4	2	4	1	3146933782	Comercio	Elizabeth V
5	Maria Alejandra Estrada	1073[illegible]917	2	4	4	4	—	3104196288	comercio	Maria Alejandra
6	Ofira Andrea Cervantes	1067[illegible]	2	4	4	4	1	3234833790	Comercio	[illegible]
7	Kerlys Cordoba Castilla	1063819332	2	5	4	1	—	3132453120	comercio	Kerlys Cordoba
8	Cordoba Castilla Rafael	1066270980	1	4	4	1	—	3234813320	Comercio	Rafael Cordoba
9	[illegible] Angel Nieves	1121327077	1	5	1	4	—	3107043727	Comercio	Jose
10	Dorallis Vilbazon Bolaños	49.775.832	2	5	2	1	1	3112680153	Comercio	Doralis V
11	Lizeth Paola Martinez Cabrera	1067711107	2	4	4	4	—	3169609076	Comercio	Lizeth Martinez
12	Aida Luz Mendoza Montero	49.595.040	2	5	4	1	1	3228457773	Comercio	Aida Mendoza
13	Manuel Montero	77010564	1	6	4	1	—	3126440917	Comercio	[illegible]
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización Población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y Ambito Laboral - HEAD-PIC. FECHA: 13/NOV/2024

LUGAR: Sector AV. Simon Bolivar. 12 Octubre barrio y alrededores"

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) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2 PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maria Rubio	42497914	2	5	4	4	1	3225340269	Comercio	
2	Carlos Alberto Tovar	77174104	1	5	4	4	—	3014060809	comercio	
3	Nestor Antonio Rodriguez	7702943	1	3	4			3012296885	Comercio	
4	Wilson Paez Anita	8856591 78	1	5	4	4	1	3015789064	comercio	WILSON PAEZA.
5	Wilson Paez Bustamante	77033573	1	5	4	4	1	3104460508	Comercio	
6	Ernesto Valanoa	77033823	1	5	4	4	1		Comercio	
7	JOSE ANTONIO Paez	7778234	1	6	4	4	1	3208669828	Comercio	Jose A. Paez
8	Lilia Maria Romero	20287494	2	6	4	4	—	3022435739	Comercio	Lilia Maria
9	Maria Polo Gomez	26942330	2	5	4	4	—	3124140373	comercio	
10	Ana Maria Villazon	26939184	2	6	1	4	1	3126462102	Comercio	Ana Polo
11	Pompeyo Cortina Arias	12586498	1	6	4	4	1	3012788063	comercio	Pompeyo Arias C.
12	Diaz Rodriguez Teresa	36625041	2	6	4	4	—	3235902777	comercio	Teresa Diaz
13	Robinso Aparicio	18965068	1	5	4	4	1	3122523184	Comercio	ROBINSON A.
14	Jaime Enrique Gutierrez	12718310	1	6	4	4	1	3103543831	comercio	Jaime Enrique

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
V DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESPAÑOL ARREGUIN DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral Hero - PIC FECHA: 24/oct/2024

LUGAR: Corregimiento los Venados

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yomaira barraza	39606299	2	5	4	4	1	3103363374	Comercio	Yomaira barraza
2	Yulesmy castro fuego	49983393	2	5	1	1	1	3116563641	Comercio	Yulesmy Castro
3	Sandra toro	1065551117	2	5	1	4	1	3122930934	Comercio	
4	Yenifer Arias	1065615092	2	5	1	1	1	3126231667	comercio	Yenifer Arias
5	Emilia Amariz Brallo	9263562	1	6	1	1	1	3103575817	Ebanista	
6	Hilexi castilla F.	49760340	2	5	1	4	1	3205108812	Comercio	
7	Angel fidel pena	93028732	1	5	1	1	1	3145512883	Comercio	
8	Carlos Edelio Jimenez	77034421	1	5	1	1	1	3126637188	Comercio	
9	Mario Rangel finoco	85435692	1	5	4	4	1	3106369851	Comercio	
10	Viviana Medina	5152325	2	5	4	3	1	3116478177	Comercio	
11	Dayluz castillo	1063958984	2	5	1	1	1	3137099308	comercio	Dayluz C
12	Ines Bermudez	49762119	2	5	1	4	1	3209333217	Comercio	
13	Adalberto Villa Andrade	77.169.001	1	5	1	4	1	3103709365	comercio	Adalberto Villa
14	Iver Manuel Lopez Ortiz	77.077.232	1	6	4	4	1	3205854210	Comercio	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ámbito Laboral HEAD PIC FECHA: 18/Oct/2024

LUGAR Urbanización El Rocío

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 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	Wimys Tores Solano	1.019.914.389	2	4	4	4	—	3197119168	Comercio	Wimys Solano.
2	Alma Cabarcas De Lugez	41.759.976	2	5	4	4	—	3206979772	Artesana	Alma Cabarcas
3	Melody Maestre Rodriguez	49.765.952	2	5	2	1	1	3007671988	Comercio	[illegible]
4	Yerith Mabreth Rodriguez	49.607.550	2	5	2	1	1	3232037782	Artesana	Yerith Rodriguez
5	Valentine Jimenez	1.065.094.250	2	4	4	1	—	3043397870	Comercio	[illegible]
6	Nuris Rondon	49.692.098	2	5	4	1	1	3218589439.	Comercio	Nuris Rondon
7	Tatiana Rondon	1.003.398.547	2	4	4	1	—	3024697209	Comercio	Tatiana Rondon
8	Mileidys Cardona Miranda	22.461.742	2	5	4	4	1	3128185121	Comercio	[illegible]
9	Maidelis Mindiola Rodriguez	1003236398	2	3	2	2	1	3127393415	Comercio	Maidelis Mindiola
10	Carmen Perez Zambrano	49.721.301	2	5	4	4	1	3017954598	Comercio	Carmen Perez
11	Diana Patricia Guzman	49.607.743	2	5	4	1	1	3027616431	Estilista	[illegible]
12	Adelina Montenegro	49.727.505	2	5	4	1	1	3103593207	Comercio	[illegible]
13	Sandra Guzman Chavez	49.719.158	2	5	4	1	1	3016096848	Comercio	[illegible]
14	Ana Rosa Lobo Salazar	49.730.049	2	5	4	1	1	3199866622	Comercio	[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"
.N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESTADUAL ARZOBISPO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Condeñzación

NOMBRE DEL EVENTO: Condeñzación población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y Ambito Laboral HEAD-PIC. FECHA: 18 Oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Hernando Miranda Guzman	1.333.92.765	1	4	4	1	1	3122573472	Comercio	
2	Damaris Ruiz Pinda	36.495.755	2	6	4	1	1	3177279882	Comercio	Damaris Ruiz
3	Yeimy Rivera Zambrano	1.065.597.016	2	5	4	1	1	3209417136	Comercio	
4	Carlos Pallares Rivas	1.003.290.565	1	3	4	1	—	3216780394	Comercio	Carlos pallares
5	Arlio Fleite Sandoval	1.065.675.601	1	3	4	3	1	3127131581	Comercio	
6	Damaris Ospino Camargo	77.029.692	1	6	1	1	1	3236337589	Comercio	Eduardo Ospino
7	Sandris Ospino Guerra	1.065.625.117	2	5	1	1	1	3009264223	Comercio	Sandris Ospino
8	Gustavo Miranda Mason	1.193.083.048	1	4	4	1	—	3207080199	Barbo	Gustavo M.
9	Estefanys Montes	1094.880317	2	5	4	1	1	3163698225	Comercio	ESTEFFANY MONTE
10	Maira Lizeth Daza	49.609.904	2	5	4	1	1	3109229084	Comercio	MAIRA DAZA
11	Kellin España Aguilar	1.066.270627	2	4	4	4	1	3019229084	Estilista	Kellin España
12	Luz Enelda Coral Torres	30813609	2	5	4	1	1	3168515486	Comercio	Luz enelda
13	Fleite Moreno Sandoval	1.124.003215	1	5	4	4	1	3002681027	Peluquero	Adriana Lu
14	Neris Rojas Burden	36.586.012	2	6	4	4	1	3202937114	Hogar	Neri Rojas

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
UN 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? Conceterización

NOMBRE DEL EVENTO: Conceterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ámbito Laboral HEAD-PIC FECHA: 18/oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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	Matilde Perez Machado	26923434	2	6	4	4	1	3103694450	Comercio	Matilde
2	Dalba Cosioni Arzuaga	49.772054	2	5	1	4	1	3175259879	Manufactura	Dalba Cosioni A.
3	Eliana Maria Cedeño	49.766063	2	5	4	4	1	3146845792	Estilista	Eliana Maria C.
4	Maria Jaes Pabuyo	51976679	2	5	4	4	1	3122812598	Comercio	MARIA Pabuyo
5	Wendy Jones Baneth	1065912042	2	5	4	1	1	3216420225	Comercio	Wendy Jones Baneth
6	Cristo Humberto Cabrio	12501815	1	5	4	1	1	3107450670	Comercio	
7	Rosaura Baneth	36495423	2	5	2	1	1	3116791878	Comercio	Rosaura Baneth
8	Nellys Garcia Rios	36623862	2	5	1	1	1	3106901491	Comercio	Nellys Garcia
9	Casta Saucedo Barros	49760562	2	5	4	1	1	3156791690	Manufactura	Casta Saucedo
10	Margueza Cuadro Ramos	49.726847	2	5	2	1	1	3126910928	Manufactura	Margueza Cuadro
11	Yurleis Quintero Contreras	1063506859	2	5	4	1	1	3007656553	Manufactura	Yurleis Quintero
12	Olga Lucia Castellanos	52900127	2	5	4	3	1	3045982113	Comercio	Olga Lucia Castellanos
13	Jorval Diaz Ramirez	77.011.675	1	6	4	1	—	3015989571	Ganadería	Jorval Diaz
14	Dayana Nerez Nazareth	1065627380	2	4	4	4	1	3183056362	Manufactura	Dayana Nerez

*[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"
ÓN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL? Caracterizacion

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajador informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD PIC. FECHA: 18 oct 2024

LUGAR: Urbanizacion El Rocio

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 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	Sonia Maria villero	1065580659	2	5	4	4	1	3157932909	Comercio	Sonia villero
2	Isabel Marsoth zapata	42444867	2	6	4	4	3	3008028242	comercio	Isabel zapata
3	Rubis Maria Betran	57651158	2	6	4	4	1	3215051658	modista	Rubis Betran
4	Betty Milena Ramirez	44773367	2	5	4	4	—	3005480003	Comercio	Betty Ramirez
5	Arcelida Silva Salcedo	49.698.929	2	5	4	4	—	3108100506	Peluqueria	Arcelida Silva S.
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Caracterizacion

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterizacion poblacion trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HEAD-PIC FECHA: 18/oct/2024

LUGAR: Urbanizacion El Rocio

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	Nelys Ochoa	49.709.736	2	5	4	4	—	3007472536	Comercio	Nelys Ochoa
2	Nelys Miranda	49.776.343	2	5	4	4	1	3113569358	Comercio	Nelys Miranda
3	Luz Celenis Vera Moreno	26.905.198	2	5	4	1	1	3006145302	Comercio	Luz Celenis VM
4	Margarita Muñoz Cortina	49.735.617	2	5	4	4	1	3207709404	Manicura	Margarita Muñoz
5	Sandra Redondo	49.780.134	2	5	2	1	—	3226235194	Comercio	Sandra Redondo
6	Alonso Oviedo Rivera	77.010.638	1	6	2	1	1	3107297247	Manicura	Alonso Oviedo
7	Maria Blanco Castello	49.770822	2	3	4	1	1	3045244683	Comercio	Maria S Blanco
8	Elisa Maestre Martinez	26.905.241	2	6	2	1	—	3105522498	Asesora	Elisa Maestre
9	Zayra Gomez Villamil	1.193.104223	2	3	4	4	1	3215059835	Comercio	Zayra Gomez
10	Heider Navarro Miranda	1.065.594295	1	3	4	4	1	3046954702	Comercio	Heider Navarro
11	Johana Gomez Bonadiez	1.082.471470	2	3	1	4	1	3005933369	Comercio	Johana Gomez
12	Jan Rincones Quintero	1.192.805.395	1	4	2	1	—	3007905867	Comercio	Jan Carlos Rincones
13	Juan Jose Ayala Ayala	1333.2431	1	6	4	1	—	3233592156	Comercio	Juan Jose Ayala
14	Alba Chavez Martinez	26.736.572	2	6	4	1	1	3002843605	Manicura	Alba Chavez

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

RETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
..I DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL ESPECIALIZADO ARMANDO ORTIZ E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención-Concientización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD-AC.

LUGAR: Urbanización El Rocio FECHA: 17/oct/2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Marta Luz Cordoba Mieles	51910401	2	5	4	1	1	3015483982	Manipuladora	Marta Cordoba
2	Oralia Maria Zambrano A	49760774	2	5	4	1	1	3162730979	comercio.	Oralia Zambrano
3	Eli Daza Guerra	49771593	2	5	2	1	1	3028644258	comercio.	Eli Daza
4	Meredith Balaguas Gonzalez	49739474	2	5	4	4	1	3004455669	Comercio	Meredith
5	Clara Ines hidalgo Siolo	36055673	2	5	4	1	1	3114008847	comercio	Clara Hidalgo
6	Berledis Romo Guzman	49724250	2	5	4	1	1	3126133206	Domestico.	Berledis
7	Ninfa anaya torres	32644662	2	5	4	4	1	3152159927	Comercio	Ninfa
8	Laura Viviana Yepez Parra	42481247	2	5	4	1	1	3219305282	comercio	
9	Alba Luz Gimenez Lopez	65765558	2	5	4	1	1	3126386524	Comercio	Alba Luz Gimenez
10	Elvira Paola Orozco Vargas	39462702	2	5	4	4	1	3043585959	comercio	Elvira
11	Valentina Medallana Deleon	1143113474	2	4	4	4	1	3016030769	Comercio	Valentina M.
12	Orlando Arias Jimenez	77021722	1	6	4	4	1	3015106000	Manufacturer	Orlando Arias
13	Guerrero Calderon Vianey	37336812	2	5	4	1	1	3023404438	Comercio	Vianey G. C.
14	Yarleidys Perez Caballero	49556237	2	5	4	1	1	3244626905	Comercio	Yarleidys Perez C.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

"...RETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL? Intervención - Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambPS Laboral - HEAD - PIC FECHA: 17/ oct/2024

LUGAR: Urbanización El Edén

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ovando Jose Arias Mejia	1065844749	1	4	1	4	-	3145193279	Manufactura	Ovando Jose A
2	Karis del carmen Muñoz Espinosa	49720377	2	5	4	4	1	3157827325	comercio	Karis Muñoz
3	Naiver Ariel Mendoza Pitre	77034115	1	5	4	4	1	3206052504	comercio	Naiver Mendoz
4	Cecilia Esther Santamaria	32667425	2	6	4	1	1	3158200288	comercio	Cecilia Santamaria
5	Erika ahomada villazon	49719854	2	5	2	4	1	3153949821	comercio	Erika Ahumada V
6	Diana valdez Mena	67032274	2	5	4	4	1	3116580422	comercio	Diana Valdez M
7	Davinson Narvaez Pineda	77093256	1	5	4	4	1	3001200558	comercio	Davinson Narvaez P
8	Hilda Maria Sandoval Rojas	1055674232	2	6	4	4	1	3022936958	Reposteria	Hilda Sandoval
9	Nevys del Carmen Palomino	99752819	2	5	4	1	1	3204877736	Comercio	Nevis Palomino
10	Eleine Sandoval Mariana	1065681661	2	5	4	4	1	3016251418	Reposteria	Alejandra Fleit
11	Alexis Pinto Cantillo	56085229	2	5	4	4	1	3176793512	comercio	Alexis Pinto
12	Nelly Ester Oñate Cumargo	56053503	2	5	4	4	-	3215716864	Comercio	Nelly Oñate
13	Freddy Daniel Rios Ortiz	1061849703	1	4	4	4	1	3235643690	Comercio	Freddy Rios
14	Mavinilla Vina Montero	52382298	2	5	4	1	1	3135876161	Comercio	Mavinilla Vina

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

RETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
I DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Concientización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HEAD - PIC.

LUGAR: Urbanización El Rocío. FECHA: 17/Oct/2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maritza Pinzon Cardenas	49784951	2	5	4	1	1	3103534133	Comercio	Maritza
2	Alfredo Arias	77.173.198	1	5	4	1	1	312 612 7746	Comercio	
3	Dolys Carrillo Rodriguez	99.789788	2	5	2	—	1	3006548962	Artesana	Dolys
4	Albenis Granado Acosta	36.346.170	2	5	4	1	1	3116101652	Comercio	Albenis G.
5	Erika P. Rodriguez M.	57.290 943	2	5	4	1	1	3135134380	comercio	Erika Rodriguez
6	Mildred Padilla De avila	49.781.078	2	5	4	1	1	3175159970	comercio	Mildred Padilla
7	Bergaldis Padilla De Avila	49.724.586	2	5	4	1	4	3126568667	Comercio	Bergaldis Padilla
8	Nelida Esther Guerra H.	49761444	2	5	4	1	1	3126358622	Comercio	Nelida Guerra
9	Emilce Vasquez Berdugo	57423720	2	5	4	1	1	3017890930	Comercio	Emilce Vasquez
10	Leidy Rodriguez Mendoza	1065652286	2	5	4	4	—	3028348314	Comercio	Leidys Rodriguez
11	Lucrd Mendoza Perez	49.776.914	2	5	4	4	4	3044822536	comercio	Lucrd Mendoza
12	Yasiris Barrios Ortiz	49.778.165	2	5	4	4	1	3004168216	comercio	Yasiris Barrios
13	Nayibis Del Carmen Charris	49.595.727	2	5	4	1	1	3103578245	Comercio.	Nayibis Charris
14	Ena Hilda Caldera V.	1005.125.518	2	5	4	4	4	3207345776	comercio	Ena Caldera

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESPAÑOL ARTEMIO GAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención-Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en salud

RESPONSABLE: Salud y ambito laboral Hero-PIC FECHA: 17/oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Huedad Ospina Herrera	997 38761	2	5	4	4	1	3044344216	Comercio	Huedad Ospina
2	Yulibeth Carolina Molina	1030521409	2	5	4	1	1	300 3418974	comercio	Yulibeth Molina
3	María Olivera Montaño	37686013	2	5	2	1	—	302 533 4685	Comercio	María Olivera
4	Candelaria de Ayla Martinez	36451148	2	5	4	1	1	301 337 5372	comercio	Candelaria
5	Virginia María Franco Zamora	49778722	2	5	4	1	1	301 341 2204	Comercio	
6	Yoraima Duarte Jácome	39464154	2	5	4	1	4	322 239 3727	comercio	Yoraima Duarte
7	Maryulis Lopez viña	1030613335	2	5	4	1	—	313 599 5166	Comercio	Maryulis Lopez V
8	Claudia Marcela Rivera	1065816810	2	5	4	4	—	304 457 462	Artesana	
9	Yuly Mabel Garcia Rios	1065.565.159	2	5	4	1	1	3162412602	Comercio	Yuly Garcia Rios
10	Lodys María Ribon Ramírez	30834559	2	5	4	1	1	3107340060	Comercio	Lodys M Ribon
11	Belkis Peño Alfaro	1.065.607.730	2	4	4	1	1	3016489612	Comercio	Belkis Peña
12	Alexandra Perea Martinez	1.065.574.558	2	4	4	4	1	322 277 5396	Comercio	Alexandra Perea
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO X CUAL?: Intervención - Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD - PIC. FECHA: 17/Oct/2024

LUGAR: Urbanización El Dorado

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 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 1. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Mari Balaguera Torres	63547129	2	5	4	4	1	3108103577	Comercio	Mary Balaguera.
2	Yoana Negrete Troya	1065582087	2	5	4	4	4	3045765170	comercio	yoana negrete
3	Francia Elena Hernandez	36.451.744	2	5	1	4	4	3012429967	comercio	
4	Deiber Carval	1003313410	1	4	4	4	1	3122255663	comercio	Deiber Carval
5	Martha Flores Gomez	49.762.287	2	5	4	4	1	3045245481	Comercio	
6	Maritza Perales Mendoza	49.778.770	2	5	4	1	1	3235718609	Comercio	Maritza perales
7	Wendys Padilla M.	1063.948.931	2	5	1	4	1	3128340247	comercio	Yuleidis Padilla
8	Madeleine Daza	42.450.246	2	5	4	1	1	3126073987	Comercio	Madeleine Daza G
9	Aidee Serrano Niño	49790.732	2	5	4	1	1	3005004612	Comercio	Aidee Serrano
10	Carmen M. Diaz Manjarres	49790906	2	5	4	1	1	3165421736	Artesana	Carmen Diaz
11	Laura Marcela carrillo	1065841171	2	5	4	1	1	3145851958	Comercio	Laura Carrillo
12	Ana Santiago casadiego	36450757	2	5	4	1	1	3122592692	comercio	Ana Santiago
13	Amoc Feliz Maestre	1199705192	1	5	4	4	1	3026408256	Decorador	
14	Lucy Zequeira	49770533	2	5	4	1	1	3214409394	Comercio	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETRAIA LOCAL DE SLAUD
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE – 2024
SALUD Y AMBITO LABORAL

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

Cronograma PIC – Noviembre 2024

Do.	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.
					1	2
3	4 CARACTERIZAR 08:00 AM	5	6 CARACTERIZAR 08:00 AM	7	8 CARACTERIZAR 08:00 AM	9
10	11 CARACTERIZAR 08:00 AM	12 CARACTERIZAR 08:00 AM	13	14 CARACTERIZAR 08:00 AM	15 CARACTERIZAR 08:00 AM	16
17	18	19 CARACTERIZAR CORREGIMIENTO RIO SECO CORREGIMIENTO EL ALTO DE LA VUELTA	20 CARACTERIZAR 08:00 AM	21 INTERVENCION BARRIO MAREIGUA CARACTERIZAR	22 INTERVENCION CORREGIMIENTO LA VEGA 09:00 AM	23
24	25	26 INTERVENCION CORREGIMIENTO PATILLAL 09:00 AM	27 INTERVENCION BARRIO MAREIGUA CARACTERIZAR	28 CARACTERIZAR 08:00 AM	29 CARACTERIZAR 08:00 AM	30

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
FORMATO DE ACTA

ÁREA:	GESTIÓN EN SALUD PUBLICA – PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS							**No. DE ACTA:** _____ No diligencie este campo			
LUGAR:	SECRETARIA LOCAL DE SALUD				**FECHA**	09/07/2024	**HORA**	03:00 PM A 05:00 PM			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Visita de Auditoría**		**Visita de Inspección**				
	Reunión	x	**Capacitación**		**Otra/cual:**	Seguimiento y monitoreo al PIC					
TEMA:	SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LAS ACCIONES CONTRATADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC-2024) CON LA ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.										
OBJETIVO:	REALIZAR SEGUIMIENTO AL ANEXO TÉCNICO OPERATIVO FICHAS TÉCNICAS PIC HEAD, SALUD Y ÁMBITO LABORAL.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Talento humano Hospital Eduardo Arredondo Daza (PIC) y funcionarios S.L.S										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**										
	Nombre:	**MILETH TATIANA PEÑATE- C.C 39.461.417** AUDITORA GESTIÓN EN SALUD PUBLICA -CONTRATISTAS SLS									

VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**	**Número de Cédula**	**Firma**
	EUSEBIO MANUEL CAMAÑO	8046779	
	LISNEY ARRIETA GUERRA	49.699.774	
	CYNTHIA ARIZA	1065611150	
	BELKIS CÓRDOBA	49.695209	
	Ana Milena Fuentes	49.607.389.	Ana Milena F.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El dia 09 de julio del 2024 en las instalaciones de la secretaria Local de Salud, se reúnen la auditora Mileth Tatiana Peñate Caraballo, el líder de Salud y Ámbito laboral el doctor Eusebio Manuel Camaño y si equipo de profesional las referentes Lisney Arrieta y Cynthia Ariza y en representación de la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza la doctora Belkis Córdoba y Ana Milena Fuentes. Con el objetivo de realizar monitoreo Seguimiento de las acciones contratadas en el plan de intervenciones colectivas (PIC-2024) con la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza.

Se inicia la reunión con la presentación de los asistentes, refieren las funciones a su cargo, se da la bienvenida por parte del equipo de Secretaria Local de Salud y da apertura la auditora Mileth Tatiana Peñate Caraballo, refiriendo la importancia del seguimiento en las acciones contratadas en el PIC, recordando a los presentes el valor de la ejecución en los tiempos estipulados dentro del contrato firmado entre las partes, la ejecución de las actividades según lo descrito en los anexos técnicos operativos, con el propósito de llegar a la población objeto del Municipio de Valledupar. La importancia si las acciones colectivas se ejecutan con el equipo idóneo como lo indica las fichas técnicas, la ESE y la S.L.S, lograrían resultados en la comunidad como un mayor impacto de las actividades del Plan e intervenciones colectivas.

Powered by CamScanner

En reunión del 24 de junio con el equipo de auditoras de la Secretaria Local de Salud ,la Gerente de la ESE HEAD y referentes PIC de algunas dimensiones, se dejaron compromisos como oportunidad en la entrega del Plan de acción, cronograma ,cuentas cobros e informes de actividades de las acciones contratadas; dar termino a las reuniones de socialización y ajustes de anexos operativos (fichas técnicas), revisión de la medición en las fichas técnicas, de acuerdo al recurso financiero asignado y la contratación del personal del PIC y APS para dar continuidad a las acciones.
La auditora recuerda que el objetivo de esta reunión es avanzar en el seguimiento que las acciones del Plan de Intervenciones Colectiva, que se ejecuten desde un principio de planeación enviando oportunamente los cronogramas y plan de acción respectivo, teniendo una comunicación asertiva con el líder de área de la Sectorial, para un mejor acompañamiento en las actividades.

Se da inicio al seguimiento de la ejecución de las actividad se realiza algunos ajustes pertinentes, revisión de lo programado y lo ejecutado y se revisa nuevamente las fichas técnicas con las referentes del HEAD y se aclaran inquietudes dentro de las fichas técnicas

SALUD Y ÁMBITO LABORAL

Se da inicio al seguimiento con la socializan las acciones programadas y la ficha técnica de cada acción, el plan de acción y cronograma mensual, así mismo se les recuerda que la E.S.E debe presentar la planeación metodológica de las actividades, los soportes o evidencias para cada una de las actividades de manera mensual y el informe con los avances en cada periodo, que incluye análisis de las actividades desarrolladas y la población intervenida, el cual será dirigido al líder del área de salud y ámbito laboral.

- ***Realizar veinticinco (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores, según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar. zona urbana diez 10 sesiones y rural 15***

Medición (Describa la forma de evaluación o seguimiento de la actividad)	Valor de la actividad : $ 70.000.000 Valor unitario de cada intervención $ 2.800.000				
	CANTIDAD:25				
		I TRI	**II TRI**	**III TRI**	**IV TRI**
	intervenciones			13	12
	total			13	12

La intervenciones se deben realizar de la siguiente manera:

En la población trabajadora informal de (economía popular) de la zona urbana y rural del municipio de Valledupar, será intervenida en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo: Auto cuidado, entornos laborales saludables, prevención de accidentes y enfermedades laborales, política de no alcohol, droga y tabaquismo, Plan de Seguridad Vial, protocolos de bioseguridad en el trabajo y cuidados asociados a la exposición de riesgos físicos, ambientales, psicosociales, biológicos y biomecánicos, entre otros.

- Para el desarrollo de esta actividad estrategia "CUIDATE EN TU TRABAJO" a los sectores económicos; se implementará el uso de obras teatrales, con campañas internas donde se aborden por medio de dramatizados de situaciones que se pueden presentar en los lugares de trabajo. Promocionando la seguridad y salud en el trabajo, haciendo uso de diferentes medios informativos como: Infografías y perifoneo de la actividad.
- Esta estrategia será enfocada a los sectores económicos en la zona urbana, la mayor población objeto. (Fundadores CDV, Zona de clínicas, gobernación terminal y terminalito).Para la zona Rural deben

Powered by CamScanner

abarcar el sector económico, agrícola, artesanal entre otros que apliquen en la zona. E los siguientes corregimientos: Mariangola, Los venados, Caracolí, Atanquez , Aguas Blancas, Valencia de Jesús, Badillo, Patillal, Río seco , La vega, La mina , Guáimaral, Alto de la vuelta, Guacoche y Guacochito.

- En cada encuentro se deberá intervenir de acuerdo a la base de datos entregada hasta completar el 100% en la vigencia y se deberá entregar un informe de manera mensual (consolidado en Excel) sobre los avances en la ejecución de la actividad acorde al cronograma entregado.
- Presentación de informe por periodo de los sectores intervenidos. Que incluya: Videos, registró de planillas de asistencia, evidencias fotográficas de perifoneo y de la actividad, infografía y actas de ejecución de la actividad realizada.
- ***Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales nuevos adscritos a pequeñas unidades de negocios, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS.***

Medición (Describa la forma de evaluación o seguimiento de la actividad)	Valor de la actividad :$20.000.000 Valor de cada caracterización :$20.000

CANTIDAD: caracterización 1.000				
	I TRI	II TRI	III TRI	IV TRI
Caracterización	0	0	500	500

La intervenciones se deben realizar de la siguiente manera:

La población trabajadora informal (economía popular) de la zona urbana del municipio de Valledupar se le aplicara el instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal por actividad económica y territorio en el municipio de Valledupar y cargue en la plataforma Web. Según el instrumento (encuesta) entregada por el Ministerio de salud y protección social.

- Para el desarrollo de esta actividad se hará un trabajo de caracterización a los sectores de economía informal, para cumplir con una meta de 1.000 personas encuestadas nuevas, caracterizados y cargadas a la plataforma en la vigencia 2024.
- Se deberán caracterizar trimestral 500 personas con un cargue del 100% de las personas caracterizadas, **para realizar la factura de estas caracterizaciones nuevas deben estar cargadas en la plataforma.**
- Corresponderá entregar un informe de manera mensual y (consolidado en Excel) sobre los avances en la ejecución de la actividad acorde al plan de acción entregado y se evaluará la calidad del cargue de la caracterización a la plataforma para cumplir con las metas planteadas.

RECOMENDACIONES A LA ESE:

- Se resalta que en el tercer trimestre se harán (500) caracterizaciones, para cumplir con la meta prevista del mismo. La caracterización a trabajadores informales se continúa usando el mismo instrumento de caracterización (encuesta). Se debe caracterizar y hacer cargue y se pagara junto al cargue de la información en la plataforma.
- Contar con el ingeniero para hacer el cargue respectivamente y de manera oportuna, el total de caracterización equivale al total de información cargada.
- Presentar planeación metodológica de la actividad por medio de un documento al coordinador de salud Ambiental
- Se debe hacer la promoción difusión de las redes sociales etiquetando a la secretaria local de salud

Powered by CamScanner

- Enviar plan de acción y cronograma vía correo electrónico y en medio físico en las fechas estipuladas.
- Las cuentas e informes con sus evidencias deben ser entregadas como lo contempla el contrato en nueve pagos al finalizar cada periodo. Según lo contempla anexo técnico de las fichas técnicas.
- Darle cumplimiento al anexo técnico de las actividades contratadas con el PIC 2024. Debe hacerse en el trimestre, como está contemplado en el anexo técnico, teniendo en cuenta los lineamientos operativos para las intervenciones colectivas.

Se ajustó la programación en el trimestre de la actividad debido que la fecha no se ha contratado el personal del PIC para la ejecución de las actividades en Salud y Ámbito Laboral, las actividades quedaron para el tercer y cuarto trimestre de la vigencia. La Secretaría Local de Salud establece como compromiso hacer reunión con S.S.D para asistencia técnica y el ingreso a plataforma (clave) enseguida el HEAD informe que está listo el personal para capacitar.

Se agradece la presencia y participación, se escuchan y plasman en el acta todas las observaciones y sugerencias expuestas, la actividad se concluye con la lectura del acta el cual es aprobado, se dejan compromisos y firma de los asistentes.

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 09/07/2024

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Envío del plan de acción y cronograma	Coordinador PIC	INMEDIATO
2	Asistencia técnica en manejo de la plataforma	Líder Salud y ámbito laboral	JULIO 2024
ANEXOS:	Listado de asistencia		

Powered by CamScanner

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION: X CAPACITACION:___ OTRO:___ CUAL: Salud Ambito Laboral

NOMBRE DEL EVENTO: Seguimiento y Monitoreo al PIC 2024 con la ESE-HGAD FECHA:

RESPONSABLE: Auditora LUGAR: Oficina de Salud del 2024.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	EMBARAZADA	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CABEZA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Sergio Yamil Gregorio	5046277	1	5	—	4	4	—	—	3013175165	Sec. Sl. A. laboral	
2	Andres Fontalvo	49644391	2	4	—	4	4	—	—	3006320510	HGAD	
3	Jesus Castro O	49685168	2	5	—	4	4	—	—	3003847941	HGAD	
4	Cynthia Arzon	1065644150	2	4	—	4	4	—	—	3174290903	SLS	
5	Lisbey Anaya	1064947741	2	41	—	41	4	—	—	3008290273	SLS.	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Powered by CamScanner

DIMENSION SALUD Y ÀMBITO LABORAL
METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Realizar veinticinco (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora informal de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad en el trabajo en el municipio de Valledupar, zona urbana y rural, sectores económicos priorizados de mayor población objeto. (Fundadores, CDV, Zona de Clínicas, gobernación, terminal y terminalito.
En la zona rural (corregimientos enunciados en ficha) que abarcar el sector económico, agrícola, artesanal entre otros que apliquen.

2. ENTIDAD ORGANIZADORA

Cada jornada está organizada por ESE HEAD-SLS en cumplimiento de acciones del PIC 2024, dimensión Salud y Ámbito Laboral según Ficha Técnica Entorno laboral y comunitario.

3. OBJETIVOS

- Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana y rural del municipio de Valledupar, ejecutando las diferentes labores de acuerdo con el cronograma de trabajo.

4. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD

La ejecución de las intervenciones de información en salud está dirigida al Entorno laboral y Comunitario del área urbana y rural del municipio de Valledupar, dirigida a población del Población - Momento Curso de Vida Adolescencia- jóvenes trabajadores, adultos mayores trabajadores, personas con discapacidad y/o otros grupos diferenciales. De acuerdo al sector económico y área de trabajo.

5. FECHAS Y DURACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Se desarrollará con inicio según el cronograma establecido para la intervención en el tercer y cuarto trimestre del año 2024.

6. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS.

Para el desarrollo de las veinticinco (25) intervenciones en información en salud se establecerá sobre la estrategia "CUIDATE EN TU TRABAJO": Estrategia Operativa y de información en salud.

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN SALUD (25 INTERVENCIONES).

- Como primera medida se identificarán los sectores donde se desarrollarán las (25) intervenciones de información en salud y se tomarán evidencias del desarrollo de la activad.
- Se realizará visita previa a líderes pertenecientes a cada barrio, sector o sitio a intervenir con el fin de vincularlos a la actividad, concertar posibles fechas para su realización y apoyo en convocatoria de su comunidad.
- Luego de definida la fecha, hora y previo a la ejecución de cada intervención se realizará campañas de perifoneo (de acuerdo con la intervención concertada) que contribuyan a la promoción de los temas contemplados.

- El día de la intervención se seguirá el siguiente orden:

  Se hará la presentación de la estrategia y el objetivo de la intervención para informar a la población del sector informal, porque y para que estamos allí, conozca, identifique y se concientice de las diferentes situaciones y riesgos que se pueden presentar en su lugar de trabajo.

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
FORMATO DE ACTA

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL							**No. DE ACTA:** _____ No diligencie este campo			
LUGAR:	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD				**FECHA**	30/07/2024		**HORA**	08:40 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Visita de Auditoría**			**Visita de Inspección**			
	Reunión		**Capacitación**	X	**Otra/cual:**	Taller					
TEMA:	Capacitación al personal talento humano del PIC en manejo de la plataforma CAPTI para el cargue de la información de las encuestas										
OBJETIVO:	Capacitar al personal talento humano del plan de intervenciones colectivas del área salud y ámbito laboral de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza en manejo de la plataforma CAPTI para el cargue de la información obtenida en las encuestas.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Talento humano Plan de intervenciones colectivas área salud y ámbito laboral E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**										
	Nombre:	***CONTRATISTAS SLS – SALUD Y AMBITO LABORAL***									
VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**			**Número de Cédula**			**Firma**				
	Eusebio Manuel Camaño			8046779							
	Jaime Oñate Cobo			77.017.305							

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 08:30 am del Día 30 de Julio de 2024, en las instalaciones de la Secretaria Local de Salud se reúnen el líder del área de salud y ámbito laboral Eusebio Manuel Camaño, las referentes Lisney Arrieta y Cynthia Ariza, Mileth Tatiana Peñate y el ingeniero Senen San Martin, el coordinador de la oficina de salud y ámbito laboral de la Secretaria de salud Departamental Jaime Oñate, el referente Departamental lader Durán y en representación del Plan de intervenciones colectivas de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza Ana Milena Fuentes, Lorena Ramírez, Jesus David Lozano, Faninurys Leyva.

Se da la bienvenida al personal y se socializan aspectos a resaltar sobre la importancia de hacer un trabajo articulado con la población de trabajadores informales o de la economía popular y comunitaria, (estacionaria, ambulante y semiestacionaria), la meta es de 1000 caracterizaciones para la vigencia 2024, se menciona la importancia de que la información sea completa, precisa, CAPTI es un software dinámico que se puede usar desde un dispositivo con acceso a internet en campo, con una IP fija se da el acceso, se debe ingresar con usuario y contraseña, consta de 4 opciones en el menú, se explica cada ítem y los datos que se deben ir diligenciando en cada uno al momento de realizar la encuesta con los trabajadores informales. En los datos se incluyen sexo, ocupación actual, actividad económica. La información es confidencial solo para el manejo de los entes territoriales. Módulo de gestión de usuarios para creación de usuarios y roles, un usuario o rol de administrador del Departamento, un rol de supervisor, roles de encuestadores, se puede imprimir la encuesta y posteriormente hacer el cargue de manera manual, por parte del ingeniero de secretaria local de salud se hace la sugerencia habilitar uso off line, para optimizar el tiempo y que se cargue en el momento que haya la conexión sin digitar.

El aplicativo se denomina Instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal por actividad económica y territorio en Colombia, inicia con una pregunta usted está afiliado al sistema general de riesgos laborales? A partir de la respuesta de la misma se define si el empleado encuestado es informal y se da continuidad a las demás preguntas o si no es informal no se aplica el

instrumento. Fecha de aplicación de la encuesta, hora, tipo de documento de identificación del encuestador, y número de documento de identificación del encuestador, habilita la siguiente ventana donde se deben incluir los datos generales del trabajador encuestado, siguiente ventana datos sociodemográficos, siguiente ventana datos socioeconómicos, ventana número 5 estilos y condiciones de vida, ventana número 6 condiciones de salud, última ventana condiciones de trabajo, en la cual se identifican los riesgos a los que está expuesto en la realización de su labor u oficio. Al final debe arrojar mensaje guardado exitoso.

Se aclaran dudas e inquietudes y se da por terminada la capacitación con los siguientes compromisos.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Caracterización y cargue de 1000 trabajadores de la economía popular y comunitaria.	PIC HEAD	DICIEMBRE 2024
2	La Secretaria de salud continuará haciendo intervenciones en seguridad y salud en el trabajo a la población caracterizada.	AREA SALUD Y AMBITO LABORAL SECRETARÍA LOCAL DE SALUD	Permanente.

ANEXOS: Listado de asistencia

ANEXO FOTOGRÁFICO



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 30/07/2024



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 30/07/2024

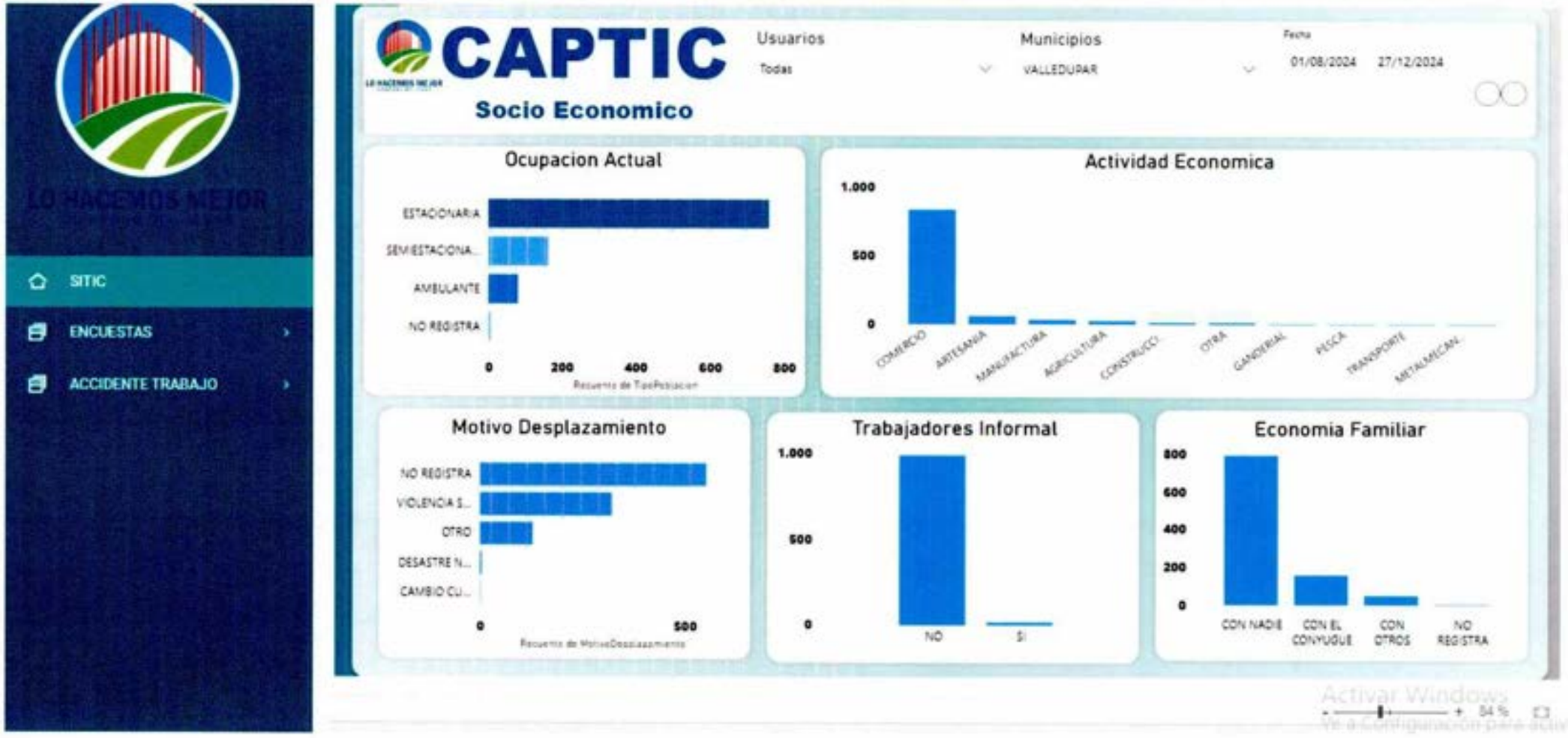
SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
FORMATO PLAN DE ACCION

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NUMERO SGR 423

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ORIENTADAS A LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL ENFOCADA DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024.

FECHA DE EJECUCION: NOVIEMBRE DEL 2024

DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. De Intervenciones	No. De población Intervenida	GENERO		MOMENTO CURSO DE VIDA						ENFOQUE DIFERENCIAL							
				F	M	Primera Infancia 0 a 5	Infancia 6 a 11	Adolescencia 12 a 17	Juventud 18 a 28	Adulter 29 a 59	Vejes 60 años y mas	Victima	LGTBI	PPL	INDIGENA	ROM	AFRO Y NEGRO	PCD	OTROS
Ambito y Salud Laboral	CONSOLIDADO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE ECONOMIA POPULAR INTERVENIDA CARGADA EN LA PLATAFORMA AL CORTE DEL 30 DE OCTUBRE DE 2024	11	312	197	115	0	0	0	61	174	77	169	0	0	28	0	31	0	84
		11	312	197	115	0	0	0	61	174	77	169	0	0	28	0	31	0	84


LO HACEMOS MEJOR
SITIC
ENCUESTAS
ACCIDENTE TRABAJO
CAPTIC
Socio Economico
Usuarios
Todas
Municipios
VALLEDUPAR
Fecha
01/08/2024
27/12/2024
Ocupacion Actual
ESTACIONARIA
SEMIESTACIONA...
AMBULANTE
NO REGISTRA
0
200
400
600
800
Actividad Economica
1.000
500
0
COMERCIO
ARTESANIA
MANUFACTURA
AGRICULTURA
CONSTRUCCI...
OTRA
GANADERIA
PESCA
TRANSPORTE
METALMECAN...
Motivo Desplazamiento
NO REGISTRA
VIOLENCIA S...
OTRO
DESASTRE N...
CAMBIO CU...
0
500
Trabajadores Informal
1.000
500
0
NO
SI
Economia Familiar
800
600
400
200
0
CON NADIE
CON EL CONYUGUE
CON OTROS
NO REGISTRA
Activar Windows
84 %

INFORME SALUD Y ÁMBITO LABORAL

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15).

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

PRESENTACIÓN

El Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación con la Secretaría Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en el Área Salud y Ámbito Laboral tiene previsto el desarrollo de actividades que buscan efectuar en entornos laboral y comunitario en zona urbana y rural del municipio de Valledupar a través, de la estrategia **"CUIDATE EN TU TRABAJO"**.

Estas intervenciones son de gran importancia para mejorar la calidad de vida de la población trabajadora informal y la economía, para minimizar accidentes laborales y generar ambientes de trabajo seguros de las condiciones en salud y seguridad en el trabajo del entorno laboral y comunitario, que sirven de base para dar solución a las problemáticas que sobre cada tema se presenten en el entorno a intervenir.
Se presenta en este informe la ejecución y resultados de estas actividades de gran impacto en la salud y ámbito laboral del municipio del municipio de Valledupar.

OBJETIVO

Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana y rural del municipio de Valledupar.

INTRODUCCIÓN

Para el inicio de estas actividades y dar cumplimiento, se socializó, y se hizo la concertación con el coordinador de Salud y ámbito Laboral y el talento humano de la E.S.E. para tener un buen desarrollo en cada actividad, por medio de la estrategia, "**CUIDATE EN TU TRABAJO**"

En este mes de noviembre del cuarto trimestre se hicieron las siguientes intervenciones, dos (2) en el área rural y dos (2) en el área urbana.

EJECUCIÓN

Para la ejecución de las actividades del plan de Intervenciones se escogieron las siguientes zonas urbana y rural del municipio de Valledupar, orientándolos en temas como:
Autocuidado, Elementos de Protección Personal, Entornos Laborales Saludables.

Área rural:

Corregimiento de Patillal:
Se brindó información en salud sobre EEP (autocuidado) y Entornos Laborales Saludables, con una participación de 14 trabajadores informales del sector comercio.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Se les da unos tips de entornos laboral saludables, tales como:

- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros, entre otros.

Estas informaciones en salud se basan pare generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, infografía y dramatización teatral de alguna situación generada en el área de trabajo.

Corregimiento de La Vega:
Se brindó información en salud sobre EEP (autocuidado) y Entornos Laborales Saludables, con una participación de 14 trabajadores informales del sector comercio.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Se les da unos tips de entornos laboral saludables, tales como:

- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros, entre otros.

Estas informaciones en salud se basan pare generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, infografía y dramatización teatral de alguna situación generada en el área de trabajo.

Área Urbana:

Sector Mareigua - Páramo: En esta zona urbana la población objeto fue del Sector comercio, donde se brindó información en salud para el cuidado y se seguridad en el trabajo, con la participación de 17 personas trabajadoras informales, de diferentes sectores, como manufactura y comercio.

El tema informado en la intervención fue Entorno Laboral Saludable: se les indica que un entorno laboral saludable, son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Se les orienta que, dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son:

- Puestos de trabajo
- Características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.

Es necesario tener en cuenta ocho (8) tips para un Entorno Laboral Saludable:

- Armonizar tu espacio físico
- Promover una alimentación saludable.
- Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- Aprender a identificar riesgos y peligros.
- Realizar actividades de recreación y deporte.
- Trabajar en equipo.
- Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Los EPPs, nos hace referencia a que son: son elementos, dispositivos y herramientas que tienen como objetivo proteger la salud y la vida de los trabajadores en cualquier actividad que implique riesgos. Se utilizan para prevenir accidentes laborales y enfermedades que puedan derivarse de la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo. ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como zapatos cerrados, guantes, tapabocas, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, hidratarse permanentemente, usar camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas se, representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Sector Barrio Gerizim. En esta zona urbana la población objeto fue del Sector comercio, donde se brindó información en salud para el cuidado y se seguridad en el trabajo, con la participación de 28 personas del trabajo informal.

En la información en salud se orientó en un tema muy importante, como son, las Pausas activas, Informando que estas, son sesiones de actividad física desarrolladas en el entorno laboral, con una duración continua mínima de 10 minutos que incluye adaptación física

cardiovascular, fortalecimiento muscular y mejoramiento de la flexibilidad buscando reducir el riesgo cardiovascular, tuner carpiano, manguito rotatorio y las lesiones musculares

Se hicieron estiramientos de extremidades superiores, (brazos, manos, muñecas y dedos) también llevar la cabeza hacia los hombros, a un lado y al otro, y alzar los brazos y llevarlos a un costado y al otro para estirar la cintura.

Otro de los temas abordados en la intervención fueron los siguientes:
Ocho (8) tips para un Entorno Laboral Saludable:

- ✓ Armonizar tu espacio físico
- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas se, representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

CONCLUSIÓN

Finalmente, al terminar las intervenciones de información en salud realizadas, para el mes de noviembre, las cuales fueron cuatro (04) zonas intervenidas, dos (2) urbana y cinco (5) rural, con la estrategia "**CUIDATE EN TU TRABAJO**". Se hace una retroalimentación donde se evidencia que los trabajadores informales, de la economía popular del municipio de Valledupar, generan conciencia y manifiestan que deben autocuidarse, mantener su entorno laboral saludable, usar los elementos de protección personal, y que son de mucha importancia hacer pausas activas durante su actividad laboral.

De esta manera se da cumplimiento, por la ESE HEAD como ejecutora de la actividad, las obligaciones asumidas en virtud de la implementación de esta estrategia, de las veinticinco (25) intervenciones, las cuales estaban distribuidas de la siguiente manera:

- ✓ Quince (15) intervenciones en información en salud, en la zona rural, en diferentes corregimientos del municipio de Valledupar.
- ✓ Diez (10) intervenciones en información en salud, en la zona urbana, en diferentes sectores del municipio de Valledupar.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ACTIVIDAD INTERVENCIÓN

CORREGIMINETO DE PATILLAL





CORREGIMIENTO DE LA VEGA





OBS: Este dia de intervención en el corregimento de la Vega no habia señal, y dicen los residentes que es muy mala la señal para georeferenciar la fotografia.

SECTOR MAREIGUA – PÁRAMO





SÈCTOR BARRIO GERIZIM





1.2. ANEXOS

- Acta de ejecución por cada intervención.
- Planilla de asistencia de población intervenida.
- Registro fotográfico.
- Flayer de la actividad.
- Infografía.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, cesar a los 2 días del mes de diciembre de 2024.

BELKIS CORDOBA
COORDINADORA PIC - 2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

Proyectó: Ana Milena Fuentes Añez
Referente Salud y Ámbito Laboral - HEAD - PIC 2024

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE PATILLAL		**FECHA:**	26 NOVIEMBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	8:00 am	
					HORA FINAL:	10:30 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**	
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – AUTOCUIDADO Y ENTORNOS LABORALES SALUDABLES						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMARLES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am del 26 de noviembre del 2024, en el corregimiento de Patilal, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación de manera sencilla de que es el **autocuidado laboral**, que busca incentivar en las trabajadoras para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo ˙e áreas de trabajo, creando así que los trabajadores estén menos propensos a sufrir accidentes o ıcidentes que les pueda causar una lesión o la muerte.

De igual manera se les orienta brevemente, de cómo debemos incluir en nuestras vidas el auto cuidado laboral:

- No cometer actos inseguros en nuestra área de trabajo, como toda acción que un trabajador realiza omitiendo los cuidados y el cumplimiento de las medidas de seguridad.
- Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, aquí es necesario establecer una cultura de orden y limpieza laboral, para generar, crear y promover hábitos que fomenten la responsabilidad, asegurando un ambiente seguro y organizado.
- Tener buenos hábitos alimenticios, tomar abundante agua para mantenerse hidratado, comer muchas frutas y verduras.
- Mantener un buen estado físico y mental, aquí es necesario cuidar bien de tu cuerpo, como, dormir bien, alimentarse de forma adecuada, realizar ejercicio de manera constante. Esto proporciona una sensación de bienestar y relajación.

En esta intervención también se les orienta acerca, que es un **entorno laboral saludable,** indicándoles que es aquel, donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.
Un Entorno Laboral Saludable en las actividades del hombre, le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Es por eso, que el entorno laboral saludable va ligado a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: Lugar de trabajo y características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.
Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Es por eso que el entorno laboral saludable, se les recalca que son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social del trabajador a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. Todos estos factores están interrelacionados dinámicamente.
Y dentro de esta dimensión de ámbito laboral, promovemos que el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: puestos de trabajo, características ambientales como: el frío, calor, ruido entre otros.
La población intervenida interactúa, diciendo que ellos no miden los peligros ni riesgos en sus actividades diarias en su lugar de trabajo, y además no usan ningún elemento de protección personal, a que tienen tiempo de hacerlo de la manera como lo hacen y nunca les ha pasado nada.
e sensibiliza para generar esa conciencia, que ejerciendo su labor pueden estar enfrentados a diferentes factores de riesgo, las cuales se les menciona, algunos como los son: el riesgo físico, se les recomienda que los deben usar siempre en su lugar de trabajo, por la exposición diaria al sol y las altas temperaturas que se están presentando, hidratarse constantemente, colocarse calzado adecuado, usar camisas mangas largas, usar sombreros, gorras, y bloqueador solar.

En esta zona rural la población objeto fue trabajadores de la economía informal, con la participación de 11 trabajadores informales del sector económico, comercio.

A través de dramatizaciones lúdicas se representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***.
Se da por terminada la intervención a las 10:30 am, siendo muy receptivos al escuchar esta información, ejecutada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, con el Plan de Intervenciones Colectivas.

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1	Poner en práctica lo aprendido	Trabajadores informales	Inmediato

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** **REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC**	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Jorge Borrego	**1.065.611.454**	Jorge Borrego

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024-2027

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Intervención

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud y ambiente laboral - HEAD - PIC

LUGAR: Corregimiento Patillal RESPONSABLE: FECHA: 26/NOV/2024

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 (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2 PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Genith Campo Daza	26951261	2	6	4	1	1	3043649973	Comercio	Genith Campo
2	Salomon Fernandez	91074330	1	5	4	4	1	3235799667	Comercio	Salomon Fernandez
3	Senen Maestre Corzo	77021799	1	5	4	1	1	3057069614	Comercio	[illegible]
4	Guillaldo Jose Bolaño D.	7571853	1	5	4	1	1	3137717623	Comercio	Guillaldo Bolaño
5	Fernando Elias brito	10782194	1	6	4	1	1	-	Comercio	Fernando Brito.
6	Federico Manuel Calle Perez	1065569234	1	4	4	1	1	3225242052	Comercio	[illegible]
7	Jorge borrego	1065611954	1	5	1	1	-	3117611940	comercio	JORGE BORREGO
8	Adelio Garcia Acosta	77.021.044	1	6	4	1	1	3004050102	Comercio	[illegible]
9	Armando Luis Polanco	7.572.990	1	5	4	1	-	3137542182	Comercio	[illegible]
10	Jose Fermes Hinojosa Jaramillo		1	5	4	1	-		Comercio	NO FIRMA
11	Amirta Maria Montero Nieto	26.951.930	2	3	2	1	1	3105026334	Comercio	[illegible]
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Enotornos laborales saludables/Autocuidado
Dirigido a Trabajadores Informales
26 de Noviembre
Lugar: Patillal
Hora: 8:00 a.m
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE LA VEGA		**FECHA:**	22 DE NOVIEMBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	10:00 am	
					HORA FINAL:	11:45 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**	
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:00 am del 22 de noviembre del 2024, en corregimiento de La Vega, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), del lugar antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía urbana, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

l Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Se orienta acerca, de los **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.
Aunque la población intervenida o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.

En la intervención se resalta que existen diversos tipos de EPP para diferentes tipos de riesgos, no obstante, en general sirven para proteger la cabeza, oídos, cara, ojos, respiratoria, miembros superiores y miembros inferiores.

También se les dice que para tener un autocuidado en la ejecución de sus tareas diarias en su lugar de trabajo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar los elementos de protección personal (EPP) adecuadamente.
- Cuidar los EPP.
- Cuidar sus manos, ejerciendo su actividad económica.

Después de toda la información en salud que se les ha brindado, se hace la dramatización lúdica, presentando un ejemplo real de que podría pasar sino tenemos un buen autocuidado laboral, y por no utilizar los EEP.

Luego se interactúa con los trabajadores informales, para que ellos de manera espontánea hagan una retroalimentación de cómo les pareció, y que les puede aportar en su actividad económica.
Se muestran muy receptivos a toda la información generada en la intervención, que se hace a través de la estrategia, y cuidado de salud en el trabajo, para mejor la calidad de vida de la población trabajadora informal y su economía.

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***. Y se les hace entrega material lúdico (infografía)

Se da por terminada la intervención a las 11:45 am, con una asistencia de 12 personas.

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1	**Poner en práctica lo aprendido**	**Trabajadores informales**	**Inmediato**

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** **REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC**	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	José Maestre Valdéz	**5.138.686**	Jose Maestre

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
i DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Intervención

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y Ambito Laboral HEAD - PIC FECHA: 22 Nov/2024

LUGAR: Corregimiento La Vega.

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	Sophia Sosa Escorcia	49.758.709	2	6	2	4	1	3207903719	Comercio	Silvia Sosa
2	Jose Moestre Valdez	5138686	1	5	4	4	1	3003232528	Comercio	Jose Moestre
3	Yuselis Bermudez	1004399495	2	4	4	4	1	3148284303	Comercio	Yuseli Bermudez
4	Pedro Germán Corzo	77005716	1	6	4	4	1	3116691307	Comercio	
5	Sofia Pacheco Ortiz	1129105730	2	4	4	4	—	3249042166	Comercio	Sofia Pacheco
6	Eva Pacheco Ortiz	1129.106078	2	4	4	4	—	3242090409	Comercio	Eva Pacheco
7	Ana Julia Corzo Bracho		2	6	4	4	—		Comercio	Ana Julia C. B.
8	Sandra Gonzalez Paternina	52756005	2	5	4	4	1	3198102955	Comercio	Sandra Gonzalez
9	Luis felipe fernandez Gonzalez	1000118486	1	4	4	4	—	3044921553	Comercio	Luis felipe f.
10	Eliana Urrutia Coco	1019022.889	2	5	1	1	1	3206760373	Comercio	Eliana urrutia
11	Yuber Rodriguez Campo	77.097395	1	5	2	1	1	3206760373	Comercio	Yuber Rodriguez
12	Fromalo Rodriguez	49760719	2	5	1	1	1	3152733489	Comercio	Fromalo Rodriguez
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables - Elementos de Protección Personal
Dirigido a Trabajadores Informales
22 de Noviembre
Lugar: La Vega
Hora: 10:00 a.m
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	PARQUE EL PÁRAMO - MAREIGUA		**FECHA:**	21 DE NOVIEMBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	9:00 am	
					HORA FINAL:	10:30 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**	
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 9:00 m del 21 de Noviembre del 2024, en el sector del UPC Sabanas, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, Jesús David, del programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), del lugar antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía urbana, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

El Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: Lugar de trabajo y características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.
Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Es por eso que el entorno laboral saludable, se les recalca que son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social del trabajador a través de la protección

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y amb & Laboral - HEAD - PIC

FECHA: 21/NOV/2024

LUGAR: Sede Moreigua - Parque Parómo.

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	Yesica Rua	1003239460	2	4	4	4	1	3242854095	Comercio	Yesica Rua
2	Alejandra lopez	1065807950	2	5	4	4	1	3015890331	Comercio	Alejandra lopez
3	Paula Manotas	1065838192	2	4	4	4	-	3009168805	Comercio	Paula A. Manotas
4	Maria Alejandra Gutierrez	1065816007	2	4	4	4	-	3203447219	Comercio	Maria Alejandra
5	Licet Carmona	1065842290	2	4	4	1	1	3216628346	Comercio	Licet Carmona
6	Maria Jose Duran lopez	1192779880	2	4	4	1	1	3012768884	Comercio	Maria Jose
7	Delia Santana	36695231	2	5	4	4	-	3215178008	Comercio	Delia Santana
8	Yuleibis Hernandez	1065828638	2	4	2	1	1	3232556336	Comercio	Yuleibis Hernandez
9	Maira Torres	1192896300	2	4	4	4	1	3154717941	Comercio	Maira Torres
10	Dubis Rivadeneira	49731260	2	6	4	4	1	304 3770961	Comercio	Dubis R.
11	Maria del mar	1003231083	2	4	1	1	1	3216904655	Comercio	Maria
12	Justa Barbara Perez	26736635	2	6	4	1	2	3232694903	Comercio	Justa Perez Rojas
13	Margoris Davila	1004319670	2	4	4	4	1	3016955282	Comercio	Margoris Davila
14	Mariangel Ceguenn	31493898	2	4	4	4	—	3105176727	Comercio	Mariangel Rivero

*(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"
GESTIÓN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Intervención Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y Ambiente Laboral - HEAD ESE.

FECHA: 21/NOV/2024

LUGAR: Sector Parque El Potrero Mareigua.

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	Yiceth Gil	1003265810	2	4	2	1	1	3042932695	Comercio	Yiceth Gil
2	Milena Navarro	49596589	2	5	4	4	1	3019512322	Comercio	Milena Navarro
3	Eliana Navarro Pontor	1065569871	2	5	4	4	1	3018295830	Comercio	Eliana Navarro
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables
CUIDATE EN
Dirigido a Trabajadores Informales
21 de Noviembre
Hora: 9:00 am
Lugar: Parque el Páramo Mareigua
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	SECTOR BARRIO GERIZIM		**FECHA:**	27 DE NOVIEMBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	9:00 am	
					HORA FINAL:	10:30 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION** X
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**	
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – PAUSAS ACTIVAS						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 9:00 am del 27 de noviembre del 2024, en el sector del barrio Gerizim, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), acompañada por la señora Yaneth Leyva, en representación de líder junta de acción comunal, del sector antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía urbana, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

El Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se en afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

En esta zona urbana la población objeto fue trabajadores informales de la economía informal, con la participación de 28 personas del sector comercio.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

De igual forma, se les orienta con una explicación de manera sencilla de que son las **pausas activas,** es donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.
Se informa, que estas pausas activas o gimnasia laboral pueden hacerse de variadas técnicas en períodos cortos de tiempo, máximo 10 minutos, durante la jornada laboral, mañana y tarde, que ayudarán a recuperar energía, mejorar el desempeño y eficiencia en el trabajo, además de prevenir enfermedades causadas por posturas.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD - PIC.

FECHA: 27/NOV/2024

LUGAR: Barrio Centro

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Luis Alberto Perez	1127592182	1	5	4	4	1	3009939764	Comercio	Luis Alberto
2	Mariela Rangel	39.096665	2	5	4	4	1	312 7092545	comercio	Mariela Rangel
3	Dalonda Mejia	1065826840	2	4	4	4	1	300 7509213	Comercio	Dalonda Mejia
4	Yanitis Gomez Batista	49.776775	2	5	1	1	1	3170999010	Comercio	Yanitis Gomez
5	Yarelbis Gomez Batista	49.782076	2	5	1	1	1	3003314762	Comercio	Yarelbis Gomez
6	Eusebio Gomez Batista	77.174.905	1	5	1	1	1	3226270612	Comercio	Eusebio Gomez
7	Kevin Andres Marquez	1.005.114870	1	4	2	1	1	3004512069	Comercio	Kevin marquez
8	Dayana Lima Dominguez	1.065 603901	2	5	4	1	1	3137769992	Comercio	Dayana Lima
9	Damaris Vinasco Arrieta	1.065 564136	2	5	4	4	1	3128258225	Comercio	DAMARIS Vinasco
10	Miguel Angel Jimenez Q.	6792640	1	6	4	1	1	3233912707	Comercio	Miguel Jimenez
11	Yesit Jimenez Jimenez	77194501	1	5	4	1	1	3013984239	Comercio	Yesit Jimenez
12	Marelys Molina Quintero	49.700535	2	5	4	1	1	3116041188	Comercio	MARELYS
13	Luz Doris Blanco Clavijo	49.781684	2	5	4	4	—	3116934724	Comercio	Luz Doris Blanco
14	Judith Brito Mejia	49605805	2	5	1	4	1	3136826189	Comercio	Judith Brito

*(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 ESAMUEL ARIZA DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ¿CUAL?: Intervención - Concertación

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD-PIC. FECHA: 27/NOV/2024

LUGAR: Barrio Gerzim

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Andreys Esther Julio ..	49797974	2	5	4	4	1	3217420738	Comercio	Adalcy Julio
2	Nancy Manrugo Conde .	49790867	2	5	4	4	1	3216744695	Comercio	Nancy Manrugo
3	Gladys Palomino Manrugo:	1065813326	2	4	4	4	1	3217026801	Comercio	Gladys Palomino
4	Nerys trillos cujando V..	49607532	2	5	4	1	1	3183505588	comercio	Neris Trillos
5	Dennys Ayebalo ..	37316816	2	6	4	4	1	3016082639	Comercio	Deyes Arevalo Sarmiento
6	Aurora Ordoñez Leyva:	26935432	2	6	4	4	1	3242443933	Comercio	Aurora Ordoñez
7	Merlis Gutierrez	1065653256	2	5	4	4	1	3112170670	Comercio	Merlis Gutierrez
8	Luis Manuel Zabaleta	19708229	1	5	4	4	1	3168975319	Comercio	Luis Zabaleta
9	Dilia Peña ..	1065624227	2	5	4	1	1	3017931869	Comercio	Dilia Peña.
10	Monica Amaya .	49716259	2	5	2	1	1	3216596685	Comercio	Monica Amaya
11	Irene Clavijo ..	49687607	2	6	4	4	1	3014958451	Comercio	Irene Clavijo
12	Nini Ynaya Brandon +	49720781	2	5	4	4	1	3155a14073	Comercio	Nini Johana Brandon
13	Fanny Maria Martinez:	57271609	2	5	4	4	1	3017587886	Comercio	Fanny Martinez
14	Laura Patricia Ochoa:	1065634901	2	5	4	1	1	3017587886	Comercio	Laura Ochoa

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables - Pausas activas
Dirigido a Trabajadores Informales
27 DE NOVIEMBRE
Hora: 9:00 am
Lugar: Barrio Gerizim detrás de la iglesia pentecostal
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



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 noviembre al 30 de noviembre de 2024

					ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
DIMENSIÓN PIOP	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.	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	$ 36.000.000,00	20	8	$ 14.400.000,00	40%	8	$ 14.400.000,00	20	$ 36.000.000	100%	0	$ 0,00	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	$ 20.000.000,00	12	1	$ 1.666.666,67	8%	2	$ 3.333.333,33	12	$ 20.000.000	100%	0	$ 0,00	0%
	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	$ 12.000.000,00	7	2	$ 3.428.571,43	29%	2	$ 3.428.570,00	7	$ 12.000.000	100%	0	$ 1,14	1%
	Realizar 3000 visitas, interviniendo a mil (1000) hogares en los dos microterritorios priorizados, (Nevada y 450 años en el municipio de Valledupar), que incluye 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	$ 100.000.000,00	3000	844	$ 27.000.000,00	27%	844	$ 27.000.000,00	2336	$ 81.800.000	82%	664	$ 18.200.000,00	18%
TOTAL									$ 48.161.903,33						

ELBA LISTARIZ 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

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. 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 **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**NOVIEMBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 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 dos (02) orientaciones de información en salud concertadas vía telefónica con los rectores de las instituciones educativas del área rural en los corregimientos Mariangola y Los Venados. Las dos (02) orientaciones fueron realizadas en las siguientes fechas e instituciones educativas así: 1. **I.E Rodolfo Castro Castro Sede primaria Juana de Atuesta del corregimiento Mariangola**: La actividad se realizó el 15 de Noviembre en jornada de la mañana desde las 7:00 a.m hasta las 8:00 a.m con la participación de doscientos veinti seis (226) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria. **2. Escuela Rural Mixta N°10 Los Venados:** Orientación realizada el día 18 de Noviembre contando con la participación de estudiantes ciento sesenta y tres (173) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.	Documento de Planeación metodológica de la actividad. Actas de actividades con registro fotográfico Listados de asistencia. Material informativo entregado. Videos de campañas en medio magnéticas. Informe descriptivo de las actividades.

Se anexa; Soportes relacionados por cada obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 9 días del mes Diciembre 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. 3

Ejecución de doce (12) 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 30 DE NOVIEMBRE 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 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 guia 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).

En cada institución educativa se realizó una (1) orientación en salud de acuerdo a las concertaciones realizadas con los directivos de cada plantel.

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 y finalizan con dos (2) orientaciones de información en salud en el mes de **Noviembre** en las siguientes instituciones educativas (IE):

1. INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO SEDE JUANA DE ATUESTA MARIANGOLA.

La actividad se realizó el 15 de Noviembre en jornada de la mañana desde las 7:00 a.m hasta las 8:00 a.m con la participación de doscientos sesenta (226) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

2. ESCUELA RURAL MIXTA N°10 LOS VENADOS:

Orientación realizada el dia 18 de Noviembre contando con la participación de estudiantes ciento sesenta y tres (173) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

Cabe resaltar que la concertación de estas actividades se realizaron median llamadas telefónicos a los directivos de las IE debido a que se encuentran en área rural. Así mismo se nos informó que, 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 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 dos (2) 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 especifica, 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:

2. ¿Qué aprendiste hoy?
3. ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
4. ¿Cómo debo lavar mis manos?
5. ¿Que nos pueden causar las bacterias?
6. ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre si 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
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 en el mes de **noviembre.**

IE Educativa Intervenida	**Número de intervenciones realizadas**	**Total de participantes**
IE Rodolfo Castro Castro Sede Juana De Atuesta Mariangola.	1	226
Escuela rural Mixta N°10 Los venados	1	173
Total	**2**	**339**

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.

A continuación se describe mediante la siguiente tabla, el resumen de las orientaciones de información en salud realizadas para dar cumplimiento total a las directrices establecidas en la ficha técnica:

IE Intervenida	Fecha de ejecución	N° de intervenciones realizadas	Total de participantes
IE Consuelo Araujo Noguera.	2, 4, 5 septiembre 2024	1	329
IE Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa.	9 septiembre 2024	1	280
Escuela Nueva El Alto De La Vuelta	16 septiembre 2024	1	42
Escuela Rural Mixta De Guacoche	16 septiembre 2024	1	100
Escuela Rural Mixta De Guacochito	16 septiembre 2024	1	46
IE Bello Horizonte Sede Villayaneth.	25 de septiembre	1	220
IE Técnica La Esperanza Sede Escuela Urbana Mixta La Nevada.	4 Octubre de 2024	1	260
IE Upar Sede José Antonio Galán.	21 Octubre 2024	1	119
IE Enrique Pupo Martínez Sede E.U.M N° 5.	22 Octubre 2024	1	302
IE Nacional Loperena Sede Concentración Santo Domingo.	24 Octubre 2024	1	182
IE Rodolfo Castro Castro Sede Juana De Atuesta Mariangola	15 noviembre 2024	1	226
Escuela Rural Mixta N° 10 Los Venados	18 Noviembre 2024	1	173
Total		**12**	2.279

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Documento de planeación metodológica.
- Actas de ejecución de cada orientación de información en salud.
- Registro fotográfico.

- Certificados de participación emitido por la IE
- Listado de estudiantes.
- Material informativo entregado.
- Videos.

Se anexa; Soportes en medio físico relacionado por actividad.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 9 días del mes de Diciembre 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

ÁREA:	Seguridad Alimentaria y Nutricional				
LUGAR:	I.E Rodolfo Castro Castro Sede primaria Juana de Atuesta	**FECHA**	15 Noviembre 2024	**HORA INICIO**	7:00 a.m.
				HORA FINAL	8:00 a.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 Jampier José López Montenegro, logrando concertar la actividad para ser realizada el dia 15 de Noviembre en jornada de la mañana desde las 7:00 a.m hasta las 8:00 a.m en el coliseo de la Institución educativa.

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 doscientos veinti seis (226) 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 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 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,	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.	Escuela primaria Juana de Atuesta	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Escuela primaria Juana de Atuesta- Mariangola– 15 Noviembre 2024 Prevención de ETA

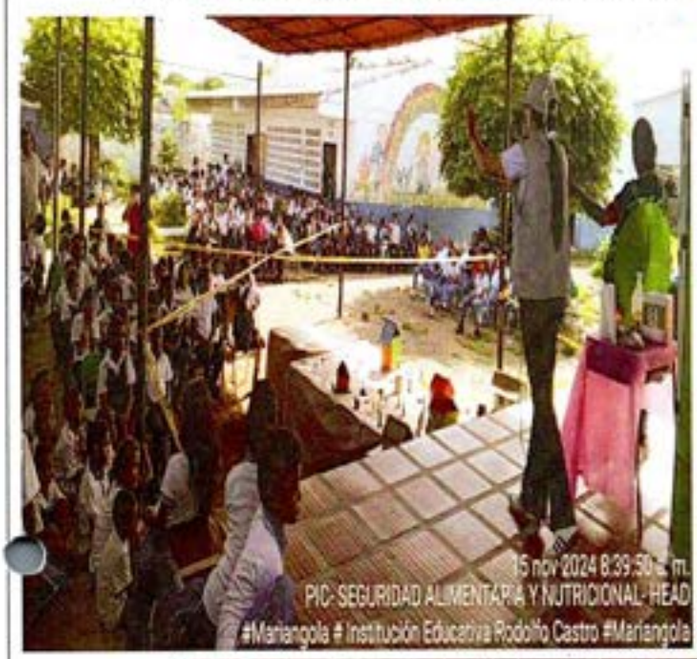








Escuela primaria Juana de Atuesta- Mariangola– 15 Noviembre 2024 Prevención de ETA









ANEXOS:	Oficio de concertación, certificado de asistencia, Listados de estudiantes, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	• Jampier Lopez	12935929	
	Isabel calderon luque	49.787.994	

INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO
Aprobado según resolución No. 000803 del 7 de diciembre de 2022
Preescolar, Básica Primaria, Secundaria, Media Académica y Bachillerato Por Ciclos
Mariangola – Valledupar
DANE No. 220001002805

EL RECTOR DE LA INSTITUCION CERTIFICA

Que se realizó en la institución una actividad lúdica y pedagógica basada en orientación de información en salud en el manejó higiénico de alimentos, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación actividad por el Hospital Eduardo Arredondo Daza y la alcaldía municipal de Valledupar en la cual participaron 226 estudiantes de los grados segundo (2°), tercero (3°), y cuarto (4°) de educación básica primaria de la sede Juana de Atuesta de la jornada de la mañana de la I.E Rodolfo Castro Castro.

Se expide esta certificación a solicitud de la parte interesada, el día 15 de noviembre del 2024.

Atte.

JAMPIER JOSE LOPEZ MONTENEGRO
RECTOR

ANO	INSTITUCION	SEDE	ZONA_SEDE	JORNADA	GRADO_COD	GRUPO	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	ACOSTA	USTARIZ	JIMMY	ASUNCION
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	ANAYA	VILLA	KIARA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	ARIAS	SALTARIN	ELVIS	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	ARROYO	RODRIGUEZ	ANDREA	CAMILA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	BETIN	RIZO	MATEO	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	BOHORQUEZ	SALAMANCA	WENDY	YINETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	BUSTAMANTE	VERGARA	JOSUE	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	CORREA	GAMEZ	HANGLER	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	CRESPO	OROZCO	LISSAI	ESTHER
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	DE LA HOZ	DE LA HOZ	ABEL	ESTEBAN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	GIL	JIMENEZ	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	GUTIERREZ	ALMENAREZ	EVA	LUNA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	JULIO	CHINCHILLA	DINAEL	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	JUNIELES	BARRIGA	LUZ	ALID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	LEGUIA	CANTILLO	KEINER	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	MARCHENA	JIMENEZ	MILAGROS	JADASA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	MONTOYA	CUEVAS	ANA	PAULINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	OROZCO	SALTARIN	ESTARLIS	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	OSPINO	JIMENEZ	ANDREA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	PACHECO	HERNANDEZ	DEIVER	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	SALAS	ORTIZ	MAILETH	DAYANNA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	URDIALES	ROMERO	NICOLLE	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	URDIALES	ROMERO	THIAGO	ADRIEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	VILLALOBOS	RONDON	ALIANIS	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	201	ZULUAGA	MONTAÑO	MARIA	CAMILA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	ALVARADO	RODRIGUEZ	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	BARRETO	FUENTES	SAID	KALETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	CASTILLO	CHOLE	DALIANA	ISABEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	DAZA	SANCHEZ	NERIDETH	JHOANA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	ENAMORADO	BETIN	MICHAEL	STEVEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	GARCIA	VARGAS	DAIRIS	MICHEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	LOPEZ	VERGARA	LUIS	ALFONSO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	MEDINA	VASQUEZ	ENYERLIN	DE LOS ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	MOJICA	MORENO	ANA	LUCIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	MOLINA	GONZALEZ	MARCUS	PABLO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	MONTERO	GALVAN	MARIANA	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	OROZCO	YANCE	EVELYN	DAILETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	OSPINO	GONZALEZ	ANDREINA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	PARADA	LOBO	FRANKLIN	AXEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	PATIÑO	GONZALEZ	NELLIS	SOFIA

2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	PEREZ		KELLY	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	PINTO	FIGUEROA	CESAR	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	PINTO	MAESTRE	MATHIAS	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	POLO	CORONADO	MILAGROS	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	RODRIGUEZ	TORRES	CRISTIAN	CAMILO DE JE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	ROJAS	TORRES	DARIANA	ESTHER
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	RUIZ	DAZA	CARIANA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	SANCHEZ	SANCHEZ	SKARLETH	SARITH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	202	SILVA	CASTILLO	ZHAROL	SHARI
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	ARIZA	TORO	AFETH	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	BARON	FLOREZ	JULIO	CESAR
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	BARON	FLOREZ	MARIA	CELESTE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	CADENAS	VILLEGAS	YENEISITH	DEL CARMEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	CALDERON	AMADO	AINARA	LUCIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	CORREA	GAMEZ	NOLVIS	CAROLINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	DIAZ	VILLEGAS	ESMERALDA	ELENA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	ESQUEA	SANTANA	HOLDER	ISMAEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	GARCIA	FERNANDEZ	KAROLAY	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	GUETTE	CELEDON	WHITNEY	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	GUETTE	VILLAZON	ISMENIA	CAROLINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	HERNANDEZ	CARRILLO	ELIAS	YOGETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	MACHADO	MACHADO	SHIRLYS	DAYANA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	MARCANO	PAEZ	ESTEBAN	DANITH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	MEDINA	DELGADO	MATHIAS	ALEJANDRO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	MILLAN	MAESTRE	MILAGROS	DE JESUS
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	OROZCO	NIETO	LEONELA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	PALACIO	NORIEGA	GENESIS	ANGELICA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	PEREZ	OROZCO	LEISIS	MARCELA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	PEREZ	PEREZ	CARMEN	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	RIVERA	ARIAS	FAIDER	JULIAN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	RODELO	VILLALOBOS	GABRIELA	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	SANCHEZ	VERGARA	ANDRES	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	2	203	TAPIA	RANGEL	DUVAN	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	AMAYA	MARTINEZ	RAECHEL	VALERIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	ARIZA	TORO	ALEJANDRO	MIGUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	BELLO	COLON	EMILY	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	D AVILA	LEITON	HERMES	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	FUENTES	FONSECA	JESUS	DANIEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	LEITON	FERNANDEZ	MARIA	CELESTE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	LOZADA	GUTIERREZ	SHARA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	MAESTRE	BRAVO	VALERIN	YULIETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	MERCADO	CASTAÑEDA	BREINER	DAVID

2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	MONTAÑO	TRESPALACIO	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	MONTERROSA	RODRIGUEZ	DANNA	MICHELL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	MORENO	CUELLO	JORGE	IVAN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	NIEVES	MEDINA	CAMILO	ANTONIO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	OLEA	MARTINEZ	ELVIA	MARIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	OROZCO	GARCIA	ZAIRA	ALEJANDRA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	PACHECO	HERNANDEZ	KENDRY	JOHANA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	PEREZ	CONTRERAS	NAILETH	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	PEREZ	FLOREZ	RAFAELLA	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	RAMIREZ	ARGUMEDO	JULIAN	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	RIVERA	ARROYO	ANA	ESTHER
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	ROMERO	MONTENEGR	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	ROMERO	ROJAS	ROSA	MARIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	301	VIDES	PACHECO	SANTIAGO	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	ARRIETA	RAMIREZ	MIGUEL	ENRIQUE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	ARROYO	MARQUEZ	DAYANA	MICHELL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	BARRAZA	POLO	YESENIA	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	BERDUGO	BARRIOS	ADRIANA	VALENTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	BOLIVAR	ARROYO	DAILE	ISABEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	BONETH	ALVARADO	JOSE	MIGUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	BORREGO	FERNANDEZ	OSTIN	CAMILO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	CABARCAS	CARRILLO	PABLO	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	CANCHILA	CASTELLAR	JOSE	FRANCISCO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	CASTRO	DIAZ	ANDRES	FELIPE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	GIL	VALERIO	DANIELA	ISABEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	MENDOZA	TOBIAS	MARIA	ALEJANDRA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	MORA	VARGAS	ISAAC	MANUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	PEREZ	MONTERO	JHACY	YULIETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	PIRELA	CARDENAS	IVANA	JOHANNY
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	RIVAS	ARIAS	KAROLAY	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	RODRIGUEZ	GOMEZ	TALIANA	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	RUIZ	MAESTRE	LUISA	FERNANDA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	SANCHEZ	CARDENAS	YURIMAR	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	SANCHEZ	TOVAR	BARBARA	RASHELL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	SILVA	CARDENAS	HERRINMAR	ARANSA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	SOSA	SOTO	SOFIA	CAROLINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	TERRAZA	CAMARGO	DAYAN	LORENA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	302	TERRAZA	CAMARGO	JAFET	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	ACOSTA	NIETO	THIAGO	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	ARAZO	ARIAS	ELIAN	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	ARIAS	VILLLEGAS	CHARLIS	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	CADENA	VILLEGAS	YEINIBETH	CECILIA

2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	CALVO	MOSSO	JUAN	PABLO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	CARBONO	OROZCO	LUIS	MIGUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	CASTILLO	CHOLE	SEBASTIAN	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	FERREIRA	UTRIA	DANIEL	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	FERREIRA	UTRIA	SAIRA	ISABEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	GARCIA	LEMUS	CRISMAR	VALENTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	GIL	MEDINA	EDINSON	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	GUERRERO	ALMENARES	EVA	SANDRITH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	HERNANDEZ	FUENTES	SAER	HILL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	JARABA	CLAVIJO	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	LOPEZ	CASTELBONDI	IAN	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	MARTINEZ	ZUÑIGA	LUCIANA	VANESSA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	MENDOZA	MORA	MATEO	MIGUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	OTERO	SANCHEZ	LALY	CANNELA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	REBOLLEDO	ROJAS	ISAAC	RAPHAEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	RIVEIRA	BUSTAMANTE	NICOLE	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	SOTO	GUERRA	ISABEL	CRISTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	TERNERA	CALVO	SAMUEL	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	3	303	VALLE	JIMENEZ	ALVIS	ENRIQUE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	ALBERTO	BLANCO	MARTIN	DANIEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	BRAVO	MARTINEZ	SARA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	CASTILLO	OSORIO	ISAAC	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	CONTRERAS	DE VEGA	JOAO	STIVEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	DE ANGEL	VALLE	DAMIAN	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	GUERRERO	VERGARA	MICHAEL	ISAAC
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	LARA	SALTARIN	DAILANA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	LEAL	CANTILLO	MARYANIS	LORENA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	LORA	YARURO	JESUS	MANUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	MENDOZA	AMARIS	YULIANIZ	VANESSA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	MONTERO	HERNANDEZ	STHEISSY	LINETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	PEREZ	PINEDA	LUIS	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	PIMIENTA	CUELLO	ANDREA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	PORRAS	ACUÑA	ROSANDY	ANDREA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	PRETEL	SALAZAR	ANGEL	RAFAEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	QUIROZ	CABRERA	DEICI	LILIANA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	RAMIREZ	MEDINA	JUNIOR	SANTIAGO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	RODRIGUEZ	TORRES	MARIANGEL	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	ROJAS	MUÑOZ	JOSE	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	TAPIA	RANGEL	GUSTAVO	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	TERNERA	BOLAÑO	MARIANA	LUCIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	TORREGROSA	CASTRO	DANNA	MICHEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	TORREGROSA	RUIZ	DAIRO	MATHIAS
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	VIDES	RAMIREZ	LUIS	JOEL

2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	401	YANCY	CASTELBONDO	RUTH	MERIS
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ACOSTA	HERAZO	ARIANA	VALENTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ALMANZA	LEAL	DEIBIS	JOSE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ALMANZA	POLO	ISMAEL	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	AMADO	PALOMINO	JORGE	MIGUEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	AMARIZ	RODRIGUEZ	CRISTIANE	MICHELLE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ANAYA	VILLA	JIMMIS	JOSE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ARIZA	DE AVILA	JOAN	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	BETIN	FIGUEROA	YOICY	NICOL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	BOHORQUEZ	YEPES	LOAMIS	YAIRETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	CAIROZA	OLIVER	LUZ	MARINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	CARBONO	OROZCO	LUIS	DANIEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	CUBILLOS	SUAREZ	MARCOS	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	DIAZ	GOMEZ	JUAN	CAMILO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	GALINDO	ALVEAR	NATALIA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	GARCIA	ROJAS	JOSE	TICIANO
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	GONZALEZ	FLOREZ	ANYELITH	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	GUARDEL	ACOSTA	SHADAYS	HELEEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	MARCHENA	JIMENEZ	NATALY	SARAY
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	MENDOZA	TOBIAS	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	MOLINA	TORREGROSA	SANTIAGO	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	MONTAÑO	TRESPALACIO	LAURA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	PACHECO	MATHEUS	SANTIAGO	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	PINTO	MAESTRE	DANNA	VALENTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ROMO	MARQUEZ	JHOJANN	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	ROSADO	GALINDO	JORGE	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	SANCHEZ	SANCHEZ	JOHAN	SMITH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	TORRES	GONZALEZ	DANIEL	JOSE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	402	URDIALES	ROMERO	BRIANNA	NICOLLE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	ALVEAR	CASTRO	BRENDA	PAOLA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	ANDRADE	MERCADO	JUAN	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	ARIAS	SALTARIN	BELKY	LICETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	BLANCO	BLANCO	ANGELY	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	BORREGO	SILVA	ESTEVAN	ARGENITH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	CANTILLO	MARTINEZ	WILLIAM	JOSE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	CARRILLO		DANIELA	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	DUARTE	TORRES	YERALDIN	
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	GAMARRA	CONTRERA	ICKER	STIVEN
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	GIL	MAESTRE	DANIELA	LICETH
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	GOMEZ	CANTILLO	CARLOS	ANDRES
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	HOYOS	ROJAS	KENDRITH	DAYANA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	MONTOYA	CUEVAS	MARIANA	

2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	PAREDES	PIZARRO	EMILIANO	JOSE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	QUIROZ	CABRERA	LUISA	FERNANDA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	RAMIREZ	ARRIETA	ANYI	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	RODELO	LEAL	ANDRES	FELIPE
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	RODRIGUEZ	AMARIS	ZARETH	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	RODRIGUEZ	MARTINEZ	LUIS	ANGEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	ROLON	CARVAJAL	KIARA	VALENTINA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	SIMANCA	SANCHEZ	ZAMMY	PAOLA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	TRIMBOLI	ROMERO	ADRIANIS	SOFIA
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	TRUJILLO	ROJAS	CHRISTIAM	DAVID
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	VILLA	CARDONA	ALBA	ISABEL
2024	INSTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO	SEDE JUANA DE ATUESTA	RURAL	MAÑANA	4	403	ZULUAGA	MONTAÑO	VALERIA	MICHELL

CORTE SIMAT: 29 NOVIEMBRE 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	Seguridad Alimentaria y Nutricional						
LUGAR:	Escuela Rural Mixta N° 1 Los venados Corregimiento los venados		**FECHA**	18 Noviembre 2024	**HORA INICIO**	8:00 a.m.	
					HORA FINAL	9:00 a.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 Milton Elías Rueda Barriga, logrando concertar la actividad para ser realizada el día 18 de noviembre en jornada de la mañana desde las 7:00 a.m hasta las 8:00 a.m en el coliseo de la Institución educativa.

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 ciento sesenta y tres (173) 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 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 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 titeres 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,	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.	Escuela Rural Mixta N° 1 los venados	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Escuela rural mixta N°1 Los venados- Prevención de ETA, 18 noviembre 2024 grados 2°,3°y 4°









SECRETARÍA LOCAL DE SALUD

FORMATO DE ACTA

REGISTRO FOTOGRAFICO

Escuela rural mixta N°1 Los venados- Prevención de ETA, 18 noviembre 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:**		
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Calderon	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Milton Elias Pineda	77169192	
	Isabel María Calderon	49789994	

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 173 estudiantes de los grados segundo (2°), Tercero (3°) y cuarto (4°) de educación básica primaria de la sede Escuela Rural Mixta No. 1 Los Venados. jornada Única.

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 día 25 de noviembre del 2024.

Atentamente;

MILTON ELIAS RUEDA BARRIGA
RECTOR

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. 004

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 **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**NOVIEMBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 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 dos (2) orientaciones 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 rural:** 1. Corregimiento Mariangola el 7 de Noviembre 2024. 2. Corregimiento los Venados el 18 Noviembre 2024. Mediante oficio se realizó previa concertación con la representante de la asociación de hogares comunitarios mixtos Mariangola que presta los servicios del programa de primera infancia del ICBF en estos territorios.	Oficios de concertación. Actas 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 obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 9 días del mes Diciembre 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. 4

Ejecución de dos (2) 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 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 30 DE NOVIEMBRE 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 de los corregimientos Mariangola y los Venados 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 la actividad se concertó mediante oficio con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios Mixtos la cual tiene a su cargo la prestación del servicio de primera infancia del ICBF a través de la modalidad comunitaria a mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia con el apoyo de madres comunitarias (agentes educativas comunitarias) en los corregimientos Mariangola y Los Venados. **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 los corregimientos Mariangola y los Venados.** 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, 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 en los corregimientos guacoche, guacochito y en el Barrio La nevada, continuó en el mes de septiembre con una (1) en el corregimiento alto de la vuelta; en el mes de octubre se desarrolla una (1) orientación en el micro territorio del Barrio 450 años y se finalizan con dos (2) orientaciones en el mes de Noviembre en los corregimientos Mariangola y los venados como lo establece la ficha

técnica de la actividad logrando completar las siete (7) orientaciones dirigidas a 300 mujeres entre gestantes, lactantes y madres comunitarias.

A continuación se describe el desarrollo de las dos (2) orientaciones en los lugares de ejecución del mes de Noviembre:

Mediante oficio se realiza concertación con la asociación de hogares comunitarios Mixtos representada por la Sra Maciel Rivero Romero, 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 corregimiento de Mariangola y así mismo en los Venados.

En la concertación se acordó realizar las orientaciones en las siguientes fechas: el 7 de Noviembre en Mariangola y el 18 de Noviembre en el corregimiento Los venados ambas actividades en la jornada de la tarde desde las 2:00 p.m hasta las 4:00 p.m.

1. Corregimiento Mariangola

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inició a las jornadas de información en salud el día 7 de Noviembre a las 2:00 p.m en la plaza principal del corregimiento.

La orientación fue dirigida 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), dos (2) mujeres gestantes; diez (10) mujeres en periodo de lactancia materna para un total de asistencia de veinte (20) participantes.

2. Corregimiento Los Venados

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inició a las jornadas de información en salud el día 18 de Noviembre a las 2:00 p.m en salón de eventos del corregimiento gestionado por la asociación de hogares comunitarios.

En la orientación se contó con la participación de veinti uno (21) mujeres, entre las cuales nueve (9) son madres comunitarias (agentes educativas de primera infancia); tres (3) mujeres gestantes; siete (7) mujeres en periodo de lactancia materna y dos (2) son mujeres cabeza de familia cuidadoras de niños en periodo de lactancia materna.

Las dos (2) orientaciones 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.

Durante 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 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:

- Actas 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	Vejez 60 años y mas	Victima	LGTBI	PPL	INDIGENA	RIOM	AFRO	PCD	OTROS
Seguridad alimentaria y Nutricional.	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	2	41	41	0	0	0	3	17	21	0	18	0	0	2	0	20	0	19

En el cuadro se puede observar que el número de intervenciones fue dos (2); que el total de población intervenida fue de cuarenta y uno (41) entre mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias todas se auto reconocen en el género femenino entre las cuales diecisiete (17) son madres comunitarias (agentes educativas de primera infancia), cinco (05) mujeres gestantes; diecisiete (17) son mujeres en periodo de lactancia materna y dos (2) son mujeres cuidadoras de niños en periodo de lactancia para un total de asistencia de cuarenta y uno (41) participantes distribuidas en las dos (2) orientaciones realizadas en el corregimiento Mariangola y el corregimiento Los Venados.
Respecto al curso de vida al que pertenecen las participantes; la mayor proporción veinti uno (21 mujeres) pertenecen al rango de edad adultez; diecisiete (17 mujeres) se ubican en el curso de vida juventud y tres (3 mujeres) son adolescentes.
Respeto al enfoque diferencial se puedo observar que dieciocho (18) participantes son víctimas de violencia por desplazamiento. En cuanto a la etnia se sabe que dos (2) son indígenas y veinte (20) 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.

Con estas dos (2) orientaciones finalizan y se da cumplimiento a la ejecución de siete (7) 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.

A continuación se muestra en la tabla el resumen de todas las orientaciones realizadas en garantía del cumplimiento a la ejecución de las actividades establecida en la ficha técnica:

Lugar de ejecución	Numero de orientaciones	Fecha de ejecución	Cantidad de población intervenida
Corregimiento Guacoche	1	12 agosto 2024	20
Corregimiento Guacochito	1	12 agosto 2024	20
Microterritorio Barrio la Nevada	1	13, 20, 23 y 27 Agosto 2024	100
Corregimiento Alto de la Vuelta	1	3 septiembre 2024	20
Microterritorio Barrio 450 años	1	15, 17 octubre 2024	111
Corregimiento Mariangola	1	7 Noviembre 2024	20
Corregimiento los venados	1	18 noviembre 2024	21
TOTAL	**7**		**312**

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 las orientaciones.
- Registros de asistencia.
- Registro fotográfico.
- Videos.

Se anexa; Soportes en medio fisico 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 9 dias del mes de diciembre 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 5 de Noviembre de 2024

Señora
Maciel Rivero Romero
Coordinadora familiar comunitaria
Asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola
hcb.mixtosmariangola@gmail.com

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 dirigidas 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 veinte (20) participantes del corregimiento Mariangola 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 este programa será de gran utilidad para las familias de la comunidad y contribuirá al bienestar de sus miembros.

Fecha: 7 de Noviembre 2024
Hora: 2:30 pm.

Atentamente

Recibido 5 Nov 2024
Maciel Rivero R

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional								
LUGAR:	Corregimiento Mariangola		**FECHA**	7 Noviembre 2024		**HORA INICIO**	2:00 p.m.		
						HORA FINAL	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 corregimiento Mariangola, 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 hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola representada por la coordinadora familiar comunitaria, la señora Maciel Rivero Romero 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 corregimiento Mariangola.

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inicio a la actividad de información en salud el día 7 de Noviembre en jornada de la tarde desde las 2:00 p.m a 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.

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), dos (2) mujeres gestantes; diez (10) mujeres en periodo de lactancia materna para un total de asistencia de veinte (20) participantes.

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 extraída 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 Mariangola	2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

REGISTRO FOTOGRAFICO

Orientación en salud sobre lactancia materna 7 de noviembre corregimiento Mariangola









ANEXOS:	Listados de asistencia, videos, oficio de concertación		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Diaz Celedon.	
	Nombre:	Olga Yesenia Diaz Celedon.	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Maciel Rivero	39.461.968	Maciel R
	Isabel Calderon L	49787,994	Isabel C

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: Realizar 7 orientaciones en salud dirigidas a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería en lactancia materna, relactancia y donación de leche materna.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 7 Noviembre 2024.

LUGAR: Corregimiento Mañangola.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Madeleine Meza Hernandez	1065382167	2	4	4	4	5	3145677512	Asoc. Mañangola	Madeleine Meza H.
2	Marinela Manco Echavez	1047800305	2	4	4	4	4	3024881428	Asoc Mañangola	Marinela Manco
3	Brianis Cantillo	1084730338	2	4	4	1	4	3017065091	Asoc Mañangola	Brianis Cantillo
4	Silviana Brito	1121300198	2	4	4	1	4	3242708181	Asoc. Mañangola	Silviana Brito
5	Wendys Cargo moza		2	4	4	1	4	3225182526	Asoc. Mañangola	Wendys
6	Murli Contreras	1006886990	2	4	4	1	4	3023885891	Asoc. Mañangola	Murli L
7	Selmilena Vergara	1003236424	2	5	1	1	5	3022051534	Asoc Mañangola	Selmilena Vergara
8	Yaurid Moreno	1065618233	2	3	4	4	4	3122725188	Asoc Mañangola	Yaurid Moreno
9	Wendis Bermudez	1065608934	2	4	1	4	4	3217467742	Asoc. Mañangola	Wendis B.
10	Yaneredis Rojas	1065126454	2	4	4	1	4	3163254539	Asoc. Mañangola	Yaneredis Rojas
11	Nataly Figueroa Lamoda	1065957330	2	4	4	4	4	3226076443	Asoc Mañangola	Nataly Figueroa
12	Steranny Murcia Sarmiento	1010843970	2	4	4	4	4	3124787020	Asoc. Mañangola	Steranny Murcia
13	Selena Valencia	49790134	2	9	4	4	1	3106915385	M. Comunitaria	Selena Valencia
14	Martha Ureña	49797308	2	5	4	4	1		M. comunitaria	Martha Ureña
15	Mercedes Mojica.	49738755	2	5	4	4	1	3044913468	M. comunitaria	Mercedes Mojica.
16	Indira Villamizar	1065633817		5	4	4	1	3005872140	M. comunitaria	
17	Juan Maestre	1084728340		5	4	4	1	3103693198	M. comunitaria	
18	Dulis Valle A.	49715324		5	4	4	1		M. comunitaria	
19	Lisbeth Montero	49719777	2	5	4	4	1	3115231183	M. comunitaria	Lisbeth M.
20	Emilia Montero	49780.833	2	5	4	4	1	3024679270	Asoc Mañangola	Emilia M.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

Valledupar 13 de Noviembre de 2024

Señora
Maciel Rivero Romero
Coordinadora familiar comunitaria
Asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola
hcb.mixtosmariangola@gmail.com

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 dirigidas 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 veinte (20) participantes del corregimiento Los Venados 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 este programa será de gran utilidad para las familias de la comunidad y contribuirá al bienestar de sus miembros.

Fecha: 18 de Noviembre 2024
Hora: 2:00 pm.

Recibido 13 NOV 2024
Maciel Rivero R.

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional							
LUGAR:	Corregimiento Los Venados		**FECHA**	18 Noviembre 2024		**HORA INICIO**	2:00 p.m	
						HORA FINAL	4:00p.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 corregimiento Los Venados, 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 hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola representada por la coordinadora familiar comunitaria, la señora Maciel Rivero Romero 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 corregimiento Los Venados.

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inició a la actividad de información en salud el día 18 de Noviembre en jornada de la tarde desde las 2:00 p.m a 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.

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.

En las orientaciones se contó con la participación de veinti uno (21) mujeres, entre las cuales nueve (9) son madres comunitarias (agentes educativas de primera infancia); tres (3) mujeres gestantes; siete (7) mujeres en periodo de lactancia materna y dos (2) son mujeres cabeza de familia cuidadoras de niños en periodo de lactancia materna. Respecto al curso de vida al que pertenecen las participantes; trece (13) se encuentran en el rango de edad de la adultez; seis (6) son jóvenes en edades entre 18 a 29 años; y dos (2) 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 extraída 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.	Madres comunitarias, mujeres gestantes y lactantes del corregimiento los Venados	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Orientación en salud sobre lactancia materna 18 noviembre 2024 corregimiento los venados













Orientación en salud sobre lactancia materna 18 de Noviembre corregimiento los venados









ANEXOS:	Listados de asistencia, videos, oficio de concertación		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Díaz celedon.	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz celedon.	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Maciel Rivero	39.461.968	Maciel Rivero
	Isabel Calderon L.	49.787.994	

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: Realizar 7 Orientaciones en Salud dirigido a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejeria en lactancia materna, relactancia y donacion de leche materna.

RESPONSABLE: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 18 Noviembre 2024.

LUGAR: Corregimiento los Venados

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	YESSICA VALERIANO	49767405	2	5	1	4	1	3206527477	Madre Comunitaria	
2	Ricaurte B. Alfaro	1063590955	2	5	2	1	5	3226204757	Fami la Candelaria	Ricaurte B. Alfaro
3	Madelin Sosana Martinez	1063958195	2	4	2	4	5	3234590211	Fami Maria Inmaculada	Madelin Martinez
4	SANDRA TORO FRAGOSO	1003055117	2	5	1	4	4	3123930934	Fami los Florez	
5	Stefany Murcia S.	1010248970	2	4	4	4	4	3124787020	Maria Inmaculada	Stefany Murcia
6	Yony Maldonado	26930565	2	5	1	1	1	3135820420	M Comunitaria	Yony Maldonado
7	DIANA SANTIAGO G.	49770511	2	5	1	1	1	3137827841	M Comunitaria	
8	Jakelin Quintero Mejia	49770732	2	5	1	1	1	3126980928	M. Comunit-	Jakelin Quintero M.
9	Elieth Alvarez Mejia	1065834098	2	5	1	4	1	3146289943	M comunitaria	Elieth Alvarez M
10	Nerdis Johana Bermudez	1065603934	2	4	1	1	4	3217467742	Fam Candelaria	Nerdis Bermudez
11	Keils Carolina Calvo	1065628802	2	3	1	1	4	3233176761		Keils Calvo
12	Julieta Daza Pineda	1193083205	2	4	1	4	4	3134556970	Jardin de casas	Julieta Daza
13	Ivonne Duque	26930571	2	5	1	4	1	3205201377	Madre Comunitaria	Ivonne Duque
14	Omaira quintero	1067978668	2	4	1	1	1	3233248479	madre	Omaira Quintero
15	Carol Juana Pinto	1193549792	2	4	1	4	1	3234883254	Maria Inmaculada	Carol Pinto
16	Pastora Valera	26950528	2	5	1	1	1	3126819847	Madre C	Pastora Valera
17	Rosa Maria Quintero	49766476	2	5	1	1	1	3146831268	Madre C.	Rosa M. quintero
18	ELENA Maydaniel	36624148	2	5	1	1	1	3106209283	M Comunitaria	Elena Maydaniel
19	Ana Pinto Maydan	1065508589	2	5	1	1	4	3116253024	Maria Inmaculada	Ana Pinto
20	Ana Cordoba	26950420	2	5	1	1	4	3106209284	Maria Inmaculada	ANA Cordoba

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024-2027

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?: ____

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: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 18 Noviembre 2024

LUGAR: Corregimiento los Venados.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 año 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	Maikeinys Ortiz	1063959567	2	3	1	4	5	3103222297	Maria Jamaculada de	Maikeinys
2										
3										
4										
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.

ACTIVIDAD No. 3

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. 004

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 **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**NOVIEMBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 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 Ocho (08) jornadas de salud en las siguientes fechas y lugares de ejecución. 1. 07 Noviembre 2024 Corregimiento Mariangola. Se valoraron 97 niños y niñas. 2. 14 Noviembre 2024 CDI Nevada A.M. Se valoraron 39 niñas y niñas. 3. 15 Noviembre 2024 Corregimiento Guaymaral. Se valoraron 33 niños y niñas. 4. 18 Noviembre 2024 Corregimiento Los Venados. Se valoraron 27 niños y niñas. 5. 21 Noviembre 2024 Asociación Villa Luz-Barrio Mareigua. Se valoraron 71 niños y niñas. 6. 27 Noviembre 2024 Asociación Villa Luz-Barrio Villa Maruamake. Se valoraron 57 niños y niñas. 7. 28 Noviembre 2024 Asociación Villa Luz-Barrio Populandia. Se valoraron 67 niños y niñas. 8. 29 Noviembre 2024 Asociación Villa Luz-Barrio Villa Miriam. Se valoraron 37 niños y niñas.	-Oficio de concertación. - 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 9 días del mes Diciembre 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

Valledupar 01 de noviembre de 2024

Asociación de Hogares Mixtos Villa Luz
Municipio Valledupar

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 la convocatoria de niños y niñas menores de 5 años de las unidades de servicio de primera infancia que administra la asociación para realizar dichas intervenciones.

Las jornadas de salud se realizarán en el mes de Noviembre en la siguiente programación

- 21 Noviembre – Barrio Mareigua
- 27 Noviembre – Barrio Villa Maruamake
- 28 Noviembre - Barrio Populandia
- 29 Noviembre Barrio Villa Miriam

Se contará con los siguientes servicios de salud:

- Medicina general
- Odontología
- Nutrición
- Vacunación

Agradecemos la atención y su apoyo para realizar este evento

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC

	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2024	

Valledupar 5 de Noviembre de 2024

Señora
Maciel Rivero Romero
Coordinadora familiar comunitaria
Asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola
hcb.mixtosmariangola@gmail.com

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 los niños y niñas beneficiarios de las unidades de servicio de primera infancia que usted administra para realizar dichas intervenciones.

La jornada de salud se realizará el día 7 de noviembre desde las 8:00 a.m hasta 12:00 m en la plaza principal del corregimiento y se contará con los siguientes servicios de salud:

- Medicina general
- Nutrición
- Citología
- Odontología

Adicionalmente se contará con el apoyo de la personería municipal quien es su oferta institucional estará prestando apoyo a víctimas del conflicto armando y harán presencia para la solución de peticiones, quejas o reclamos las empresas de servicios publico Afinia y gases del caribe.

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC

Recibido 5 Nov. 2024
Maciel Rivero

Valledupar 13 de Noviembre de 2024

Señora
Angie Marcela Hernández Quintero
Inspectora de policía rural
Corregimiento los Venados
marcehernandez730@gmail.com
Celular: 304 5681615

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 los niños y niñas menores de 5 años del corregimiento los Venados para realizar dichas intervenciones.

Las jornadas de salud se realizarán el dia 18 de noviembre en la plaza principal del corregimiento desde las 9:00 a.m hasta 12:00 m y se contará con los siguientes servicios de salud:

- Medicina general
- Nutrición
- Psicología
- Vacunación

Agradecemos la atención y su apoyo para realizar este evento

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC

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

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 lideres 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 noventa y siete (97) niños y niñas del corregimiento Mariangola el día 7 de Noviembre de 2024 desarrollada en la plaza principal del corregimiento en articulación con la personería municipal de Valledupar la cual llevó su oferta institucional al corregimiento ofreciendo apoyo a las víctimas del conflicto armado; realizaron atención la solución de peticiones, quejas y reclamos a las empresas de servicios público como Afinia y gases del caribe.

Para la convocatoria de la población a intervenir se realizó la formalización y la articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos Mariangola que administra el programa de primera infancia en el corregimiento.

Durante esta jornada se prestaron los siguientes servicios de salud:

- 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.

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. Se utilizó pesa bebé e infantometro para los niños y niñas menores de 2 años de edad y balanza digital de pie y tallímetro para la toma de medidas antropométricas de niños y niñas mayores de 2 años. 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 mismo se brindó 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 noventa y siete (97) 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	69	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	24	24
Riesgo de sobrepeso	4	No
Sobrepeso	0	-------
Obesidad	0	-------
TOTAL	**97**	**124**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, sin embargo se clasificaron 24 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.

Reporte de niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda remitidos a la EAPB
Nueva EPS: 5 niños y niñas
Coosalud: 3 niños y niñas
Cajacopi: 6 niños y niñas
Saludtotal: 6 niños y niñas
Asmetsalud: 3 niños y niñas

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Mariangola – 7 de Noviembre 2024





REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Mariangola – 7 de Noviembre 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 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

HEAD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificacion de riesgo nutricional a 1200 niños Segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Mañangola FECHA: 7 Noviembre 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	1066903305	Helen Gabriela Barros	M	18/01/2023	Salud total	12.8	93.5		Adecuado	Adecuada		✓
2	1067645000	Andrea Victoria Pinto	M	28/06/2022	Caja Copi	13.2	85.9		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
3	1300422557	JHaslin Mariana Mejia	M	20/10/2023	Nueva Eps	9.1	71.1		Adecuado	Riesgotalla baja		✓
4	1066306788	Elian Jose Rivero	H	21/01/2021	Nueva Eps	12.6	99.5	14.2	Riesgo desnutricion aguda	Adecuada	✓	
5	1066899429	Dilan David Yoruro	H	13/03/2021	Coosalud	12.6	91.2		Adecuado.	Retraso en talla		✓
6	1065682317	Abner David Messia	H	17/06/2023	Nueva Eps	8.6	77.1	13.5	Riesgo desnutricion aguda	Riesgotalla baja	✓	
7	1137881878	Wendy Zabala Carbono	M	01/08/2021	Caja Copi	13.7	98.3		Adecuado	Adecuada		✓
8	1063978861	Luis Barrios	H	16/06/2022	Sin Eps	10.8	85		Adecuado.	Riesgotalla baja		✓
9	1063977607	Gabriel Barrios	H	23/10/2020	Sin Eps	14.8	101.2		Adecuado.	Adecuada		✓
10	1065676122	Yineth Velasquez Vides	M	02/10/2020	Nueva Eps	14.5	98.5		Adecuado.	Riesgotalla baja		✓
11	1137882946	Jamilett Vergara	M	17/05/2022	Caja Copi	10.5	81		Adecuado.	Retraso en talla		✓
12	1063975354	Zeyneth Pacheco	M	09/06/2020	Caja Copi	16.2	102		Adecuado	Adecuada		✓
13	1066904085	Osman Vergara	H	01/07/2023	Nueva Eps	9.9	80		Adecuado.	Adecuada		✓
14	1066305561	Angela Parejo Navarro	M	27/07/2020	Asmet Salud	13.9	101	15.3	Riesgo desnutricion aguda	Adecuada	✓	
15	1066305561	Arianis Parejo Navarro	M	27/07/2020	Asmet Salud	11.8	94.4	15.1	Riesgo desnutricion aguda	Retraso en talla	✓	✓
16	1137882479	Antony Porras H.	H	09/11/2021	Coosalud	12.7	92		Adecuado	Riesgotalla baja		✓
17	1241088793	Nubia Roble Rodelo	M	10/03/2021	Nueva Eps	12.9	95.4		Adecuado.	Riesgo talla baja		✓
18	1063977629	Carlos Amado Garcia	H	29/10/2021	Nueva Eps	11.6	90.6	14.7	Riesgo desnutricion aguda	Riesgotalla baja	✓	
19	1067643175	yeiner Yaduro Garcia	H	18/06/2021	Nueva Eps	14.8	95.7		Adecuado.	Adecuada		✓
20	1063794414	Jesus David Padilla	H	26/08/2022	Nueva Eps	10.5	81.		Adecuado.	Retraso en talla		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Cuadrado Acuña - 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: Corregimiento Mamangola FECHA: 7 Noviembre 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	1063976052	Yolmar Rodriguez T.	H	05/01/2021	Coosalud	12.6	91.8		Adecuado	Retraso en talla		✓
2	1.137883296	Tairon Paez Jimenez	H	24/03/2022	Salud total	11.8	89		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
3	1063976540	Yailer Mercado Saltarin	H	04/05/2022	Coosalud	10.7	88	13.9	Riesgo DNT aguda	Riesgo baja talla	✓	
4	1066899776	Abdiel Castillo E.	H	08/06/2021	Asmet Salud	12.7	93.5	14.6	Riesgo DNT aguda	Riesgo baja talla	✓	
5	1063976435	Dilan Mejia Rodriguez	H	26/05/2020	Nueva Eps	16.8	103.1		Adecuado	Adecuada		✓
6	1063979415	Elian Saltarin G.	H	01/01/2023	Coosalud	11	82.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1063978292	Maria Calvo Mosso	M	16/04/2022	Salud total	10.2	86.5	14.2	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
8	1241590031	Celeste Sofia Tovar	M	16/11/2021	Nueva Eps	11.2	87		Adecuado	Retraso en talla		✓
9	1063977279	Jean Pinillos Rodriguez	H	22/06/2021	Coosalud	13.7	100.3	14.8	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
10	1066897855	Samuel Isaac Betin A.	H	30/05/2020	Caja Copi	14.8	106	15.3	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
11	1025569348	Jerónimo Pedroz C.	H	08/03/2022	Coosalud	11.8	89.1		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12	1137731975	Jesus Perez Angulo	H	11/07/2022	Salud total	14.2	88.4		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
13	1235342523	Jhaddan Bula Parra	H	07/10/2020	Caja Copi	15.4	98.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
14	1063975642	Keyleth De la Rosa	M	20/06/2020	Coosalud	15.3	99.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1300421542	Angel Rojano Vergara	H	08/03/2021	Nueva Eps	12.8	93.5	14.1	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
16	1300421917	Saray Salome Lugo	M	23/05/2023	Nueva Eps	10.2	78		Adecuado	Adecuada		✓
17	1065678121	Rocio Castro Garcia	M	21/07/2021	Nueva Eps	10.8	85.8		Adecuado	Retraso en talla		✓
18	1066900155	Jose Carlos Mora	H	25/07/2021	Coosalud	13.2	92		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
19	1234100301	Nehemias Ferrer	H	28/02/2021	Nueva Eps	11.5	88	15.1	Riesgo DNT aguda	Retraso en talla	✓	
20	1066306695	Maria Jose Calderon	M	19/07/2022	Nueva Eps	14.1	97.		Adecuado	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Calderon - 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 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Mañangola FECHA: _____ RESPONSABLES: _____

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	1137732697	Dailyn Bermejo	H	23/03/2023	Salud total	9.5	78.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1066305060	Alan David Gutierrez	H	28/02/2020	Caja Copi	15.5	103.3		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066304868	Isaac Almanza Polo	H	31/05/2020	Coosalud	16.3	102		Adecuado	Adecuada		✓
4	1063977727	Nancy Gutierrez	M	27/03/2020	Nueva Eps	13.1	92.3		Adecuado	Retraso en talla		✓
5	1066307628	Isabella Almanza	M	06/10/2021	Coosalud	14.6	91.5		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
6	1063976237	Evelin Gutierrez	M	07/07/2020	Coosalud	14	98.8		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1065676696	Maria Celeste Navarro	M	23/04/2020	Caja Copi	13.2	101.7	15.5	Riesgo desnutrición aguda	Adecuada	✓	
8	1300421942	Kilian Saltarin	H	18/03/2023	Coosalud	9.4	76.4		Adecuado	Retraso en talla		✓
9	1066901961	Keila Sofia Aguirre	M	26/03/2022	Caja Copi	13	86.3		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
10	1065680659	Ailana Lopez Orozco	H	23/03/2022	Caja Copi	11.9	88.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
11	1063976602	Thalia Saltarin	M	25/08/2020	Coosalud	13	93		Adecuado	Retraso en talla		✓
12	1063977423	Darlay Sofia Almanza	M	27/02/2022	Caja Copi	11.7	83.9		Adecuado	Retraso en talla		✓
13	1235343884	Adrian Jose Daza	H	17/12/2022	Nueva Eps	10.5	81		Adecuado	Adecuada		✓
14	1063977110	Betsi Saltarin G	M	23/05/2021	Coosalud	13	95		Adecuado	Adecuada		✓
15	1063976883	Alan Rafael Pretel	H	09/11/2020	Caja Copi	13.9	91		Adecuado	Retraso en talla		✓
16	1064557460	Enith Sofia Arias	M	26/08/2021	Nueva Eps	13.8	93.5		Adecuado	Adecuada		✓
17	1065676324	Jeronimo Blanco	H	22/10/2020	Salud total	15.3	102.6		Adecuado	Retraso en talla		✓
18	1063978283	Ana Guadalupe Peña	M	20/04/2021	Coosalud	12.6	91.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
19	1065676929	Elian Gil Bermudez	H	05/08/2020	Caja Copi	18.4	106		Adecuado	Adecuada		✓
20	1063976873	Thiago Velasquez	H	11/06/2021	Nueva Eps	12.9	94.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Cefedon - 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 resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y 3280 de 2018.

LUGAR: Mariangola FECHA: 07-NOV 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	1063977696	Eliana Liney Suarez L.	M	03/03/2022	Caja Copi	11.3	85.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1067643101	Alan Joel Navarro T.	H	19/05/2021	Nueva Eps	14.2	95.8		Adecuado	Riesgo talla baja.		✓
3	1063975428	Irad Avila Saltarin	H	20/06/2020	Asmet Salud	16.9	106.9		Adecuado	Adecuada		✓
4	1063977765	Paula Maria Barros	M	23/10/2021	Caja Copi	11.8	89		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
5	1063977239	Wendy Paola Carrillo	M	08/12/2021	Nueva Eps	11.9	88.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
6	1063975625	Alanna Leney Contreras	M	11/09/2020	Coosalud	12.7	93.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
7	1066899541	Juan David Brugues	H	30/03/2021	Coosalud	11.5	91.7	14.7	Riesgo DNT	Retraso en talla	✓	
8	1063975896	Kanner Jose Barrios	H	11/10/2020	Nueva Eps	13.2	98.8	15.6	Riesgo DNT.	Riesgo talla baja	✓	
9	1.13788328	Dayana Pertuz Pedroza	M	05/09/2022	Coosalud	9.8	81		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1063977596	Hecto David Peroza De la H.	H	06/04/2022	Coosalud	13.1	91.4		Adecuado	Adecuada		✓
11	1065683532	Angel Estrada Orozco	H	02/02/2023	Coosalud	12.3	85.5		Adecuado	Adecuada		✓
12	1063977383	Yan Carlos Estrada	H	22/12/2021	Coosalud	14.1	91		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
13	1066899135	Darianna Pinto M.	M	16/09/2020	Nueva Eps	15.7	99.5		Adecuado	Adecuada		✓
14	1063976054	Kevin David Saltarin M.	H	06/09/2020	Caja Copi	16.7	104.5		Adecuado	Adecuada		✓
15	1063979707	Dylan David Calvo Mosso	H	02/08/2023	Salud total	8.6	74.1		Riesgo DNT aguda	Retraso en talla	✓	
16	1066308155	Nayleth Gutierrez	M	01/12/2021	Caja Copi	11.6	86.6		Adecuado	Retraso en talla		✓
17	1065676866	Maximiliano Amado	H	20/12/2020	Salud total	13.9	102.5	15.3	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
18	1064726469	Ian Ospino Rodriguez	H	23/04/2021	Nueva Eps	12.20	91.4		Adecuado	Retraso en talla		✓
19	1066005324	Liam Jose Oliveros R.	H	26/02/2022	Salud total	11.1	99.6	14.4	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
20	1066307165	Steven Nieto Guerrero	H	05/06/2021	Salud total	13.6	98.5	14.9	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yeseni a 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 segun resolución 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Mañangola FECHA: 7 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension Seguridad alimentaña 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	1046406935	Yovainis Ortego	Mujer	09/05/2021	coosalud	12.8	93.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1113773140 1	Silvia Lucia De la cruz	Mujer	16/04/2021	cajacopi	12.9	94		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
3	1066899815	Card Andrea Quiroz	Mujer	23/04/2021	Nueva EPS	12.1	92		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1066903561	Cattaleya Colobon	Mujer	21/03/2022	Sanitas	9.9	81		Adecuado	Retraso en talla		✓
5	1063977294	Betsy Johana palma	Mujer	19/11/2021	Nueva Eps	12.7	87.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
6	1137882092	Dana Isabel Ariza	Mujer	24/05/2021	Cajacopi	11.2	91	15.1	Riesgo DNT aguda	Retraso en talla	✓	
7	1137882091	María Fernanda Ariza	Mujer	24/05/2021	Cajacopi	11.7	92.5	15.9	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
8	1063978384	Camilo Andres Ozuna	Hombre	04/08/2022	Sanitas	10.9	86.1	18.8	Adecuado	Riesgo Talla baja		✓
9	1066900924	Liam David Oyola	Hombre	17/09/2021	Coosalud	13	87.6		Adecuado	Retraso en talla		✓
10	57061 55	Fiorela Yance F.	Mujer	18/02/2021	Salud Total	11.8	92.5	15	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
11	1048997091	Daliana Meza Moreno	Mujer	11/09/2023	Nueva Eps	8.4	74		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12	1137882629	Lian David Torregrosa	Hombre	05/01/2022	coosalud	11.8	89.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
13	1067643753	Adhara Montenegro	Mujer	23/10/2021	cajacopi	13.3	91.6		Adecuado	Adecuada		✓
14	1065677958	Ethan Mejia Montero	Hombre	09/05/2020	cajacopi	13.9	102	13.9	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
15	1300420272	Maron Ruiz Barrios	Mujer	14/03/2022	coosalud	10.9	78.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1063976242	Deiber Villa Cardona	Hombre	12/02/2021	coosalud	14.7	95.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
17	1066900297	Alba Rosa Romero	Mujer	8/06/2021	cajacopi	11.9	91.6	13.9	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Erazo – 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 treinta y nueve (39) niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil nevada A.M el día 14 de Noviembre de 2024 desarrollada en articulación con la oficina de gestión social en el marco del desarrollo de las jornadas "***Niñez con Cuidados, de corazón y de primera***" quienes llevaron su oferta de servicios a los niños y niñas del CDI brindando actividades lúdico y recreativas. De igual manera de articuló con el equipo de atención primaria en salud quienes brindaron los servicios de:

- 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.

- 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 psicología.

- Fisioterapia

Por parte del equipo seguridad alimentaria y nutricional del Plan de Intervenciones Colectivas, se realizó:

- 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.

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. Se utilizó pesa bebé e infantometro para los niños y niñas menores de 2 años de edad y balanza digital de pie y tallímetro para la toma de medidas antropométricas de niños y niñas mayores de 2 años. 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 mismo se brindó 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 nueve (39) 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	24	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	3	3

Riesgo de sobrepeso	8	No
Sobrepeso	4	4
Obesidad	0	0
TOTAL	**39**	**7**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, sin embargo se clasificaron 3 niños en riesgo de desnutrición aguda los cuales fueron valorados por medicina general durante la jornada, la cual instauró manejo con micronutrientes en polvo más desparasitación y dirección para continuar seguimiento en la Ruta para la protección y mantenimiento de salud. Se le brinda educación alimentaria y nutricional, se entrega folleto informativo con recomendaciones nutricionales.

Posterior a la identificación de los menores 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.

Reporte de niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda notificados a la EAPB

- Riesgo de desnutrición aguda

Mutualser: 1
Salud total: 1
Famisanar: 1

REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud CDI Nevada A.M– 14 de Noviembre 2024









REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud- CDI Nevada A.M- 14 Noviembre 2024













Anexos
Evidencias fotográficas
Registro de información de los niños y niñas intervenidos
Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB

Olga Yesenia Díaz Celedón
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

HEAD

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: CDI Nevada AM FECHA: 14 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension seguridad alimentaña 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	1066900767	Jose Daniel Romero R.	H	11/10/2021	Famisanar	15.3	97.1		Adecuado	Adecuada.		✓
2	1066900704	Yeiicoll David Vides Lopez	H	05/10/2021	Sanitas	15.7	92		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
3	1066307898	Aloissi Andres Angel Tapia	H	17/10/2021	Nueva Eps	12.9	92.7		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1235342993	Alan Jose De Hoyos C.	H	15/11/2021	Coosalud	15.5	91.5		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
5	1066900702	Kanner David Llamas O.	H	04/10/2021	Caja copi	14	95.2		Adecuado	Adecuada		✓
6	1066899718	Salomon Lobato Vasquez	H	05/10/2021	Caja Copi	14.6	95.2		Adecuado	Adecuada		✓
7	1235343024	Cristopher Rojano G.	H	01/12/2021	Salud total	13.8	93		Adecuado	Adecuada		✓
8	1066901108	Maria Jose Gutierrez M	M	25/11/2021	Coosalud	13.6	94.5		Adecuado	Adecuada		✓
9	1137882642	Eddyer Yoesp Ospino N	H	21/12/2021	Coosalud	13	88.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1235343074	Noah David Montaño C.	H	11/12/2021	Mutual Ser EPS	11	89.6	14.7	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
11	1137731792	Luis Enrique Villalba P	H	13/11/2021	Caja copi	13.9	89		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
12	1067643483	Jadir Miranda Bolaños	H	02/07/2021	Dusakawi	14	95.6		Adecuado	Adecuada		✓
13	1067644364	Osne De la Hoz Munive	H	06/01/2022	Nueva Eps	13.5	88		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
14	1084072288	Dulce Maria Crespo Colina	M	13/10/2021	Caja copi	11.3	88		Adecuado	Retraso en talla		✓
15	1084069422	Leyla Crespo Colina	M	22/09/2020	Nueva Eps	15.7	98.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1137882223	Maria Lucia Palacio C.	M	18/07/2021	Coosalud	14.5	95.5		Adecuado	Adecuada		✓
17	1065680414	Shaalom Majica Castilla	M	21/07/2022	Salud Total	12.5	90.3		Adecuado	Adecuada		✓
18	1068394367	Anthonella Mercado Alfaro	M	09/03/2022	Nueva Eps	12.9	87		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
19	1235343157	Gael Javier Ballesta C.	H	16/01/2022	Caja copi	13	86.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yeseñia Diaz Pallares - 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 pardal a identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: CDI Nevada AM FECHA: 14 NOviembre 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	1137883115	Shaira Estrada Contreras	M	17/07/2022	Caja Copi	12.3	85.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1137882487	Pablo Vasquez Solis	H	10/11/2021	Coo salud	13.9	90.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
3	1067644488	Thiago Andres Jaraba	H	19/01/2022	Salud Total	12.8	90		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1235343137	Elian Teran Herrera	H	01/02/2022	Caja copi	11	84.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
5	1065679584	Brigitte Daza Bohño	M	02/02/2022	Famisanar	13.2	93.2		Adecuado	Adecuada		✓
6	1137730906	Thiago Nunez Semprun	H	21/10/2020	Caja copi	14.4	96.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1023994810	Antoni Cortez Redondo	H	11/04/2024	Nueva Eps	7.9	67		Adecuado	Adecuada		✓
8	1235342521	Valeria Medina Rodriguez	M	15/Feb/2021	Caja copi	14.6	97.3		Adecuado	Adecuada		✓
9	1235342533	Keilianys Ruidiaz M	M	10/03/2021	Nueva Eps	16	95		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
10	1066898431	Liam Muñoz Aguilar	H	24/10/2020	Salud total	12.4	95.6	15.4	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
11	1066306158	Angel Salazar Pineda	H	28/07/2020	Salud total	15.8	104.8		Adecuado	Adecuada		✓
12	1066897501	Sonia Mejia Pacheco	M	24/05/2020	Caja Copi	14.2	98.5		Sobrepeso	Riesgo talla baja	✓	
13	1066305345	Marlon Tous Maestre	H	23/06/2020	Dusakawi	18.2	99.3		Sobrepeso	Riesgo talla baja		
14	1235342269	Omar Zuluaga Mendoza	H	24/07/2020	Caja Copi	16.4	99		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
15	1066897342	Liam Pacheco Carmona	H	15/04/2020	Salud total	16.6	101.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1235342806	Jose Garcia Vasquez	H	20/07/2021	Famisanar	11.5	91.2	14.3	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
17	1065678189	Mathias Leonardo Tabarda	H	04/08/2021	Caja Copi	15.3	95.2		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
18	1067645054	Elianys Medina Cantillo	M	13/07/2022	Nueva Eps	14	85.5		sobrepeso	Riesgo talla baja	✓	✓
19	1066900768	Maria Romero Rodriguez	M	11/10/2021	Famisanar	18.8	99.8		Sobrepeso	Adecuada	✓	
20	1066900507	Emily Rosado Lopez	M	10/09/2021	Salud total	15.2	94		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Cifuentes - 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 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.

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 tres (33) niños y niñas del corregimiento Guaymaral el día 15 de Noviembre de 2024 desarrollada en el salón de eventos del corregimiento en articulación con el equipo de atención primaria en salud.

Para la convocatoria de la población a intervenir se realizó la formalización y la articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos que administra el programa de primera infancia en el corregimiento Guaymaral.

Durante esta jornada se prestaron los siguientes servicios de salud:

- 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.
- 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 psicología.

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. Se utilizó pesa bebé e infantometro para los niños y niñas menores de 2 años de edad y balanza digital de pie y tallímetro para la toma de medidas antropométricas de niños y niñas mayores de 2 años. 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 mismo se brindó 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 dia 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 tres (33) 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	22	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------

Riesgo de desnutrición aguda	3	3
Riesgo de sobrepeso	5	No
Sobrepeso	3	3
Obesidad	0	0
TOTAL	**33**	**6**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, sin embargo se clasificaron 3 niños en riesgo de desnutrición aguda los cuales fueron valorados por medicina general durante la jornada, la cual instauró manejo con micronutrientes en polvo y dirección para continuar seguimiento en la Ruta para la protección y mantenimiento de salud. Se le brinda educación alimentaria y nutricional, se entrega folleto informativo con recomendaciones nutricionales.

Posterior a la identificación de los menores 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.

Reporte de niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda remitidos a la EAPB

- Riesgo de desnutrición aguda

Coosalud: 1
Cajacopi: 1 niño

- Sobrepeso

Cajacopi: 2 niños
Nueva eps: 1 niño

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Guaymaral – 15 de Noviembre 2024











REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Guaymaral- 15 Noviembre 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 Celedón
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 identificacion de Factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Guaymaral FECHA: 15 Noviembre 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	1066051170	Estepany Quiroz S	M	07/01/2022	Salud total	13.1	85.5		Riesgo sobrepeso	Retraso en talla		✓
2	1067643268	Luciana Quiroz Carranza	M	12/07/2021	Coosalud	16.8	100.3		Adecuado	Adecuada		✓
3	1235342539	Luisa Castillo Cordoba	M	15/09/2020	Caja Copi	16.1	103.5		Adecuado	Adecuada		✓
4	1066004446	Melissa Campo Ospino	M	22/09/2020	Caja Copi	15.7	100.2		Adecuado	Adecuada		✓
5	1066897760	Malbis Sierra Carranza	M	29/05/2020	Nueva Eps	21.3	108.6		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
6	1067734606	Dahian Cardenas M.	M	19/01/2021	Coosalud	13.2	98	14.2	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
7	1063976989	Juan Andres Ocampo	H	12/10/2021	Caja Copi	16.1	90.8		Sobrepeso	Riesgo baja talla	✓	
8	1066306596	Maria Nieve Meriño Paz	M	31/08/2020	Coosalud	17.5	99.8		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
9	1066005248	Juan Manuel Del Castillo	H	13/12/2020	Caja Copi	13.1	97.2	14,4	Riesgo DNT aguda	Riesgo baja talla	✓	
10	1084794052	Damian De Jesus Figueroa	H	15/10/2020	Coosalud	15.1	96.4		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
11	1063978689	Luis Carlos Buelvas A.	H	10/02/2023	Caja Copi	14.3	84.5		Sobrepeso	Adecuada	✓	
12	1137881601	Alfonso Jose Vasques C.	H	21/06/2020	Caja Copi	19.3	106.5		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
13	1241088889	Jesus David Luna Q.	H	25/08/2021	Nueva Eps	16.5	96.7		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
14	1066900313	Gael Manuel Pedrosa A.	H	09/08/2021	Coosalud	12.7	89		Adecuado	Retraso en talla		✓
15	1063976204	Ruendis Jose Rojas G	H	19/08/2020	Nueva Eps	18.5	99		Sobrepeso	Riesgo baja talla	✓	
16	1300421859	Adhara Sofia Porto H.	M	05/04/2023	Coosalud	12.9	89		Adecuado	Adecuada		✓
17	1063979329	Emelis Sofia Avendao A	M	26/03/2024	Nueva Eps	8.2	68		Adecuado	Adecuada		✓
18	1137731898	Cristal Daniel Ospino M	M	26/05/2022	Nueva Eps	12.4	90		Adecuado	Adecuada		✓
19	1067647458	Isabella Guerrero S	M	24/06/2024	Nueva Eps	6.6	62.		Adecuado	Adecuada		✓
20	1137883698	Michael Andres Arevalo	H	22/02/2023	Caja Copi	9.8	82	13.1	Riesgo DNT aguda	Riesgo baja 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 con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificacion de Factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Guaymaral FECHA: 15 Noviembre 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	1300423235	Ivan David Castro Porto	H	04/07/2024	Nueva Eps	6.5	58		Adecuado	Retraso en talla		✓
2	1300420005	Carlos Mario Porto R.	H	28/09/2021	Nueva Eps	15	96		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066006293	Matius Jesus Beleño V.	H	23/06/2023	Nueva Eps	9.4	76.3		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
4	1063975915	Eiver David Mendoza A.	H	17/09/2020	Nueva Eps	16.5	102		Adecuado	Adecuada		✓
5	1067643128	Mia Antonela Luquez C.	M	17/06/2021	Coosalud	15.5	101		Adecuado	Adecuada		✓
6	1235343988	Luis Fernando Castrillo	H	02/08/2023	Famisanar	9.9	76.4		Adecuado	Riesgo talla baja		
7	1065682364	Salome Arabis Arevalo C.	M	10/08/2023	Nueva Eps	8.6	74.5		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
8	1063976412	Jose Daniel Arevalo Chacin	H	14/05/2021	Nueva Eps	14.3	90.8		Adecuado	Retraso en talla		✓
9	1065682136	Samanta Arevalo Chacin	M	19/01/2020	Nueva Eps	16.5	101.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1066006659	Yissell Avila Mojica	M	09/01/2024	Caja Copi	8.6	70.5		Adecuado	Adecuada		✓
11	1067736761	Deyler Cespedes Porto	H	19/03/2023	Nueva Eps	12.1	83		Adecuado	Adecuada		✓
12	1063978728	Jose Jonas Molinares B.	H	17/06/2023	Caja Copi	9.4	77.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
13	1063978727	Jonas Jose Molinares B.	H	17/06/2023	Caja copi	11.1	80		Adecuado	Adecuada		✓
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Dra Yesenia Diaz Cefedon - 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 veinti y siete (27) niños y niñas del corregimiento Los Venados el día 18 de Noviembre de 2024 desarrollada en la plaza principal del corregimiento en articulación con el equipo de atención primaria en salud.

Para la convocatoria de la población a intervenir se realizó la formalización y la articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios de bienestar mixtos que administra el programa de primera infancia en el corregimiento Los venados.

Durante esta jornada se prestaron los siguientes servicios de salud:

- 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.

- 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 psicología.

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. Se utilizó pesa bebé e infantometro para los niños y niñas menores de 2 años de edad y balanza digital de pie y tallímetro para la toma de medidas antropométricas de niños y niñas mayores de 2 años. 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 mismo se brindó 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 dia 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 veinti y siete (27) 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	22	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------

Riesgo de desnutrición aguda	0	0
Riesgo de sobrepeso	3	No
Sobrepeso	1	1
Obesidad	1	1
TOTAL	**27**	**2**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, ni tampoco en riesgo de desnutrición aguda sin embargo se clasificaron 2 niños en malnutrición por exceso de peso correspondiente 1 a sobrepeso y 1 a obesidad. Se le brinda educación alimentaria y nutricional, se entrega folleto informativo con recomendaciones nutricionales.

Posterior a la identificación de los menores 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.

Reporte de niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda remitidos a la EAPB
Cajacopi: 1 niño obesidad
Saludtotal: 1 niño sobrepeso

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Los Venados – 18 de Noviembre 2024



REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Los Venados- 18 Noviembre 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 se desarrollen acciones para la identificacion de Factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280-2018.

LUGAR: Corregimiento los Venados FECHA: 18 Noviembre 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	1067643789	Aylin Sofia Teheran M.	M	23/06/2021	Caja copi	13.2	92.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1063978619	Jose Gregorio Gomez O.	H	02/07/2022	Coosalud	13	88.3		Adecuado	Adecuada		✓
3	1064557327	Jehiseht Posada Alfaro	M	07/08/2020	Caja Copi	16.2	98.4		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
4	1063978618	Keysi Gomez Olivarez	M	13/11/2020	Coosalud	17.2	98		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
5	1137731485	Ana Victoria Valera B.	M	14/06/2021	Coosalud	13.1	90		Adecuado	Retraso en talla		✓
6	1149469069	Ana Paula Fragoso V.	M	01/09/2020	Caja copi	16.7	100.4		Adecuado	Adecuada		✓
7	1063977571	Bleider Cantillo Pedrozo	H	05/05/2022	Caja copi	11	84.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
8	1063975497	Darielis Chávez H.	M	10/05/2020	Asmet Salud	15.9	103.8		Adecuado	Adecuada		✓
9	1064127201	Chisthopher Giraldo	H	04/01/2022	Salud total	18.4	100		Sobrepeso	Adecuada	✓	
10	1063975471	Samir Jose Guerrero P	H	08/06/2020	EpsFamiliaDeC	15.4	100.1		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
11	1063975208	Miguel Angel Rodriguez	H	16/12/2019	Caja copi	19.6	106.8		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
12	1063976880	Luis Carlos Lopez Villa	H	16/08/2021	Caja copi	13.9	91.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
13	1063977535	Samuel David Acuña P	H	27/04/2022	Coosalud	12.7	91		Adecuado	Adecuada		✓
14	1063976668	Luisa Fernanda Rocha	M	19/05/2021	Nueva Eps	14.7	94.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
15	1300421861	Shaira Caro Gomez	M	16/11/2022	Coosalud	10.3	81		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1065676599	Andres Felipe Caro Gomez	H	06/11/2021	Coosalud	13.2	95.5		Adecuado	Adecuada		✓
17	1063977589	Samuel David Rodriguez	H	11/03/2022	Nueva Eps	12.3	85.5		Adecuado	Adecuada		✓
18	1137883473	Isabella Cordoba Benavides	M	07/12/2022	Caja copi	14.2	80.6		Obesidad	Riesgo baja talla	✓	
19	1066898794	Ely Elen Mayorga Padilla	M	02/01/2021	Sanitas	15.1	99.6		Adecuado	Adecuada		✓
20	1063975774	Saireth Sofia Rodriguez	M	03/05/2020	Caja copi	14.7	97.1		Adecuado	Riesgo talla baja		✓

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, 2350 de 2020 y 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento los Venados. FECHA: 13 Noviembre 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	1119818220	Jerson Steven Pachon	H	14/02/2022	Dusakawi	11.6	87.3		Adecuado	Riesgo baja talla		←
2	1063977368	Carlos Enrique Barraza	H	22/08/2021	Caja copi	14.3	96		Adecuado	Adecuada		←
3	1066306127	Alan David Gelvis Luna	H	11/04/2020	Caja copi	16.9	108		Adecuado	Adecuada		←
4	1063976016	Karla Sofia Lenis Vides	M	23/10/2020	Caja copi	16.9	102.7		Adecuado	Adecuada		←
5	1063977899	Sara Lucia Armenta	M	09/08/2022	Caja copi	11.2	80.5		Adecuado	Retraso en talla		←
6	1065682231	Dylan Josue Cantillo V.	H	05/12/2020	Nueva Eps	13.5	96.2		Adecuado	Adecuada		←
7	1063626699	Luciana Suarez Duran	M	08/11/2022	Caja copi	14.1	99.2		Adecuado	Adecuada		←
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Pelaez - 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 setenta y uno (71) niños y niñas del Barrio Mareigua el día 21 de Noviembre de 2024 desarrollada en la plazoleta de la iglesia del barrio con el apoyo del equipo de atención primaria en salud y en articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz que administra el programa de primera infancia en el Barrio.

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.
- Actividades lúdicas y recreativas con el apoyo de la oficina de gestión social del municipio de Valledupar.

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 sesenta y siete (67) 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	52	No
Desnutrición aguda moderada	0	0
Desnutrición aguda severa	0	0

Riesgo de desnutrición aguda	0	0
Riesgo de sobrepeso	16	No
Sobrepeso	3	3
Obesidad	0	0
TOTAL	**71**	**15**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, ni en riesgo de desnutrición aguda. Se puede observar que la mayor proporción de niños y niñas gozan de un buen estado nutricional y que los casos de malnutrición identificación se relacionan con el exceso de peso; por lo tanto no fue necesario la canalización a las EAPB.

Por lo anterior se abre un espacio en la jornada para brindar educación alimentaria y nutricional a los acudientes y se distribuye material informativo con contenido sobre alimentación saludable como se describe arriba.

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Mareigua – 21 de Noviembre 2024








REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Mareigua – 21 de Noviembre 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud Barrio Mareigua- 21 noviembre 2024





ANEXOS

- Evidencias fotográficas
- Oficio de concertación con asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz
- Folleto de educación alimentaria y nutricional
- Registro de información de los niños y niñas intervenidos

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 nutricionales a 1200 niños según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Ntra Luz - Barrio Maracaya · FECHA: 21 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension 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	1137832973	Abigail Castillo Suarez	Mujer	24/05/2022	Cajacopi	12.1	88.4		Adecuado	Adecuado		✓
2	1065942273	Ana Sofia Marquez H.	Mujer	22/04/2020	Coosalud	16.1	103.2		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066899239	Andres Matas Villar	Hombre	7/3/2021	Nueva EPS	14.8	95.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1067641760	Emilia Rodriguez Mella	Mujer	17/08/2020	Coosalud	16	102.1		Adecuado	Adecuada		✓
5	1067644676	Luisa Fernanda Duran	Mujer	10/04/2022	Nueva EPS	13.1	88.6		Adecuado	Adecuada		✓
6	1137882774	Maria Belen Castillo Diaz	Mujer	18/08/2021	Sanitas	14.1	92.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1137731287	Mathias Salvo Perozo	Hombre	10/03/2021	Coosalud	14.1	94.7		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
8	1066309648	Luis Yamith Vargas B.	Hombre	14/03/2023	Salud Total	11	79.9		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
9	1066305918	Mayte Camacho Julio	Mujer	18/09/2020	Coosalud	16	98.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1066901774	Valentino Romero Yali	Hombre	1/04/2022	Cajacopi	15	93.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
11	1087642509	Maria Angel Moto S.	Mujer	10/01/2021	Salud Total	17	105.4		Adecuado	Adecuado		✓
12	1065620284	Andrea Camila Acosta	Mujer	4/08/2022	Nueva EPS	13.2	89.1		Adecuado	Adecuado		✓
13	1067641022	Andres Davian Simanca	Hombre	28/03/2020	Salud Total	18.3	106.4		Adecuado	Adecuado		✓
14	1066901566	Dayler Carcamo Parra	Hombre	25/01/2022	Cajacopi	15.2	94.8		Adecuado	Adecuado		✓
15	1067644518	Diego Alvarado Vanegas	Hombre	12/03/2022	Sanitas	13.7	87.6		Adecuado	Adecuado		✓
16	1067641306	Isaac De Angel Castro	Hombre	23/05/2020	Cajacopi	18.1	106.8		Adecuado	Adecuado		✓
17	1235342998	Jose Mario Saavedra P.	Hombre	15/11/2021	Salud Total	16	95.4		Riesgo sobrepeso	Adecuado		✓
18	1067644391	Kevlor David Mendoza	Hombre	26/02/2022	Asmet salud	14.2	91.7		Adecuado	Adecuado		✓
19	1137882829	Maria Camila Villero D.	Mujer	30/3/2022	Sanitas	13.8	90.7		Adecuado	Adecuada		✓
20	1066900231	Salome Mercado J.	Mujer	12/07/2021	Famisanar	15.1	92.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓

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 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: Asociación Villa Luz Barrio Mareigua FECHA: 21 Noviembre 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	1065680780	Doris Torres Navarro	Mujer	1/11/2024	Coosalud	11	84		Adecuado	Adecuada		—
2	1066902150	Emelin Mosquera Bonilla	Mujer	10/05/2022	Asmetsalud	11.6	86.3		Adecuado	Riesgo talla baja		—
3	1137734069	Ethan Molina Quintero	Hombre	1/6/2024	Cajacopi	6.4	60.8		Adecuado	Retraso en talla		—
4	1066308688	Lia Ribon Leal	Mujer	6/06/2022	Coosalud	12.1	87.4		Adecuado	Adecuada		✓
5	1066309690	Luciana Cervantes Ponton	Mujer	28/04/2023	Coosalud	9.6	79.5		Adecuado	Adecuada		✓
6	1066903217	Lyan Baños Machado	Hombre	25/09/2022	Asmetsalud	11.4	89.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1233 928718	Mateo Lopez Nuñez	Hombre	24/10/2023	Sanitas	10.8	84		Adecuado	Adecuada		—
8	1067646901	Maximiliano Guereudo	Hombre	19/12/2023	Nueva Eps	9	70.7		Adecuado	Adecuada		✓
9	1066902477	Sammy Luna Gonzalez	Mujer	30/07/2022	Asmetsalud	11	85		Adecuado	Riesgo talla baja		—
10	1066902310	Shaylin Gonzalez Q	Mujer	01/07/2022	Sanitas	13.6	87.4		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
11	1066902477	Sammy Luna Gonzalez	Mujer	30/07/2022	Asmetsalud	11.3	85.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12	1066905229	Kaliany Guerrero Ayto	Mujer	3/08/2024	Salud Total	4.1	53.8		Adecuado.	Riesgo talla baja		—
13	1065683138	Salome Franco Rodriguez	Mujer	21/12/2023	Nueva EPS	7.9	69		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
14	1067641799	Emanuel Sumaya Osorio	Hombre	1/09/2020	Asmet salud	15	96.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
15	1050846998	German Mejia Contreras	Hombre	31/08/2020	Coosalud	18.3	100.4		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
16	1031188685	Gustavo Alvarado Z.	Hombre	22/06/2022	Cajacopi	12	86.6		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
17	1067642341	Jesus Guerra Urbina	Hombre	13/12/2020	Famisanar	18	106.3		Adecuado	Adecuada		✓
18	1066877794	Luis Serrano Atencio	Hombre	11/06/2020	Salud total	15.2	97.4		Adecuado	Retraso en talla		✓
19	1066898404	Mateo Jeronimo Leiva	Hombre	23/08/2020	Salud total	16.4	100.2		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
20	1065677882	Raider Hernandez Paz	Hombre	11/06/2021	Dusakawi	14.3	96.5		Adecuado	Adecuado		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Profesional.

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: Asociación niña luz - Barrio Mareigua FECHA: 21 Noviembre 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)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137882652	Samantha Mejia R.	Mujer	13/01/2022	coosalud.	15.1	88.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1300420761	Scarlett Laura Alcocio	Mujer	23/11/2021	Salud Total	14.9	89.8		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
3	1067642007	William Donaldo Castellon	Hombre	2/10/2020	Nueva Eps	18	100		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
4	1067641671	Alex Gael Catalan A.	Hombre	28/08/2020	Cajacopi	19.6	101.		Sobrepeso	Adecuada		✓
5	1067641920	Daniela Coronado Davila	Mujer	27/06/2020	Famisanar	14.2	100.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
6	1066306197	Juliana Silva Davila	Mujer	14/10/2020	Policia Nacional	18	103.4		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		-
7	1067641843	Emiliano Diaz la verde	Hombre	30/8/2020	Coosalud.	18.7	103.6		Riesgo sobrepeso	Adecuada		-
8	1066902667	Luis Francisco Ramos N.	Hombre	06/09/2022	Salud Total	11.7	88.2		Adecuado	Adecuada		✓
9	1066304530	Yesith Tapia Urbina	Hombre	3/04/2020	Nueva Eps	19.4	112.2		Adecuado	Adecuada		✓
10	1066307248.	Maria Nelys Benavides.	Mujer	30/06/2021	Salud Total	16	92		Sobrepeso	Riesgo talla baja		-
11	1066898969	Eduardo Molina Romero	Hombre	18/01/2020	coosalud	16.9	99.3		Riesgo Sobrepeso	Retraso en talla		-
12	1067614142	Elena Zambrano Beltran	Mujer	29/12/2021	Salud Total	14.1	95.6		Adecuado	Adecuado.		✓
13	1065677415	Hannah Castro Rivera	Mujer	10/04/2021	Coosalud	12.6	92.3		Adecuado	Riesgo talla baja.		-
14	1101700360	Keyler Expósito Marquez	Hombre	19/09/2021	coocalud	13.9	94.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1067641350.	Kiara Leal Vanegas	Mujer	31/05/2020	Salud Total	14.3	97.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1065677199.	Lihanna padilla lopez	Mujer	26/01/2021	Coosalud	19.2	103.5		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
17	1243738070	Luciana Martinez Alvarez	Mujer	18/06/2020	Coosalud.	16.1	98.3.		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
18	1066901832	Maria Luisa Herrera A.	Mujer	04/04/2022	Cajacopi	12.3	86.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
19	1066897697	Maximiliano Mejia Cardiego	Hombre	01/06/2020	Salud Total	15.1	100.8		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
20	1066901259	Santiago Gutierrez Acosta	Hombre	18/12/2021	Sanitas	12.3	84.4.		Adecuado	Retraso en talla		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Cotacion - 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 nutricionales a 1200 niños segun resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Villa Luz-Barrio Mareigua FECHA: 21 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension 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	1243781086	Hector Mexico Diaz	Hombre	8/08/2020	Dusakawi	17.5	105.4		Adecuado	Adecuada		✓
2	1016837446	Simon yepes Barzon	Hombre	30/08/2020	Sanitas	16.9	102.5		Adecuado	Adecuada		✓
3	1067642077	Luis Gabriel Gomez S.	Hombre	5/11/2020	Saludtotal	17.2	96.3		Sobrepeso	Riesgo bajatalla		—
4	1067642940	Abdiel valencia Romero	Hombre	10/05/2021	Saludtotal	14.3	92.1		Adecuado	Riesgo bajatalla		-
5	1067841936	Calary Araque Garcia	Mujer	29/09/2020	Cajacopi	19	103.5		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		-
6	1065678061	Isabella Quiñonez Gamez	Mujer	21/07/2021	Dusakawi	15.1	90.3		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
7	1066306600	Lia Analay Blanco Perez	Mujer	7/01/2021	Nueva EPS	15.7	98.2		Adecuado	Adecuada		✓
8	1085679323	Marcos Manuel Pena Anza	Hombre	3/01/2022	Mutual Ser	15.3	91.7		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
9	1067641645	Olger David castro ortiz	Hombre	5/08/2020	Saludtotal	19	103		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
10	1065678600	Thael Hernandez Quintero	Mujer	24/10/2020	Saludtotal	17.5	103.4		Adecuado	Adecuado		✓
11	1066897363	Yanelis Martinez Saenz	Mujer	31/03/2020	Coosalud.	15.1	100.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz echeverri.

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 Barrio Villa Maruamake el día 27 de Noviembre de 2024 desarrollada con el apoyo del equipo de atención primaria en salud y en articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz que administra el programa de primera infancia en este Barrio.

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.
- Actividad lúdica y recreativa con el apoyo de la dimensión salud ambiental quienes a través de una obra de títeres realizaron promoción para prevenir el dengue en la comunidad.

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 perimetro 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.

Durante la jornada se brindó claridades a las familias del resultado de la toma 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	0
Desnutrición aguda moderada	0	0
Desnutrición aguda severa	0	0
Riesgo de desnutrición aguda	1	1
Riesgo de sobrepeso	13	0
Sobrepeso	4	0
Obesidad	0	0
TOTAL	**57**	**1**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, sin embargo 1 niña se clasificó en riesgo de desnutrición aguda, la cual fue direccionada para valoración por medicina general donde instauran manejo con micronutrientes, desparasitación y se vincula para seguimiento en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. En el resto de la población intervenida se puede observar que la mayor proporción de niños y niñas gozan de un buen estado nutricional y que los casos de malnutrición identificación se relacionan más con el exceso de peso.

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Villa Maruamake – 27 de Noviembre 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud Barrio Villa Maruamake – 27 de Noviembre 2024



Dirección: Carrera 20 No. 43 – 63
e- mail: gerencia@headese.gov.co
Valledupar, Cesar

ANEXOS

- Evidencias fotográficas
- Oficio de concertación con asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz
- Folleto de educación alimentaria y nutricional
- Registro de información de los niños y niñas intervenidos
- Oficio de canalización a la 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 10 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 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Villa Luz-Villa Mariamake FECHA: 27 Noviembre 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	1066305183	Andres Rojas Sinning.	H	30/06/2020	Salud total	15.5	103.5		Adecuado	Adecuada		✓
2	1065677684	Dennyerly Madueño	M	11/02/2020	Asmet salud	13	97.2	15.0	Riesgo desnutrido	Retraso en talla	✓	
3	1137730896	Adriana Vizcaino V.	M	06/11/2020	Caja copi	12.7	91		Adecuado	Retraso en talla		✓
4	1067646477	Mathias Quiroz Barrios	H	03/07/2023	Famisanar	12.4	83.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
5	1137884071	Antonella Fernandez C.	M	04/07/2023	Coosalud	9.9	81.4		Adecuado	Adecuada		✓
6	1137732357	Alam David De Angel	H	28/11/2022	Caja copi	11.1	82.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1235342272	Dylan De Angel Arozena	H	02/06/2020	Asmet salud	14.3	97.2		Adecuado	Retraso en talla		✓
8	1066309054	Maria Gabriela Martinez	M	11/09/2022	Caja copi	12.2	85.3		Adecuado	Adecuada		✓
9	1065677687	Jhoan Gomez Villamil	H	22/05/2021	Caja copi	13.4	92.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1066900868	Anna Gabriel Daza F	M	24/09/2021	Nueva Eps	15	99.4		Adecuado	Adecuado		✓
11	1067642643	Nathaly Sofia Rivera	M	23/02/2021	Coosalud	14.8	98.5		Adecuado	Adecuado		✓
12	1137881322	Luis Jose Picon Lengua	H	10/12/2019	Famisanar	19.7	107.7		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
13	1065675731	Yuranis Isabel Rodriguez	M	14/05/2020	Coosalud	15.2	101.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
14	6736562	Junior David León H.	H	24/11/2020	Sin Eps	15.9	101		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066310002	Samara Elena De Armas	M	01/09/2023	Salud total	8.8	74.7		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1066304925	Liam David Jimenez	H	02/06/2020	Salud total	16.3	101.8		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
17	1067646104	Ainhara Batista Vergel	M	05/04/2022	Nueva Eps	15.3	86		Sobrepeso	Riesgo talla baja	✓	
18	1137731070	Luciana Mendoza M.	M	07/12/2020	Sin Eps	13.1	95.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
19	1056900318	Jhoiner David Estrada	H	17/08/2021	Mutualser	15	94.1		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
20	1066896903	Esteban Estrada Pareja	H	04/01/2020	Mutualser	18	103.4		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Daz Refredon - 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 nutricionales a 1200 niños Segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Asociacion Villa luz- Villa Mariamake FECHA: 27 Noviembre 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	1065680587	Adhara Montes Cuadros	Mujer	19/09/2022	Cajacopi	13.3	87.5		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
2	1066905306	Alisson Castiblanco B	Mujer	23/08/2024	Sanitas	6.5	60		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
3	1066902771	Ana Beatriz Aramendiz A	Mujer	27/09/2022	Nueva EPS	12.1	86		Adecuado	Adecuada		✓
4	1065683443	Andres Zambrano lobo	Hombre	23/02/2024	cajacopi	8.3	90.1		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
5	1300421492	Ihan jose lopez Cord	Hombre	11/12/2022	Nueva EPS	13.2	92.4		Adecuado	Adecuada		✓
6	1300 483170	Dara Calderon Escobar	Mujer	10/05/2024	Sanitas	7.7	66.5		Adecuado	Adecuada		✓
7	1066309841	Hasan Soto Aramendiz	Hombre	30/06/2023	Salud total	12.3	85		Adecuado	Adecuada		✓
8	1066903060	Diego Becerra Gomez	Hombre	14/11/2022	Nueva EPS	13.1	86.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
9	1065683510	Gabriela de la cruz ochoa	Mujer	2/03/2024	Nueva EPS	8.3	71.4		Adecuado	Adecuada		✓
10	1067617519	Hanz el peña Espino	Mujer	1/07/2024	Salud total	7.3	62.5		Riesgo sobrepeso	Adecuado		✓
11	1066901999	Enes Murgas Espinosa	Mujer	5/5/2022	Nueva EPS	12.8	93.7		Adecuado	Adecuada		✓
12	1066902131	Erick Bravo perez	Hombre	28/05/2022	Coosalud	10.8	85		Adecuado	Retraso en talla		✓
13	1065684736	Emma lucia Castro F.	Mujer	20/10/2024	Asmet salud	5.3	55.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
14	1066903980	Aylin carolina Molina O.	Mujer	7/7/2023	Salud total	10.2	79		Adecuado	Adecuada		✓
15	1065143479	Dayana Castellanos Ascaino	Mujer	17/10/2022	coosalud	12.8	87.2		Adecuado	Adecuada		✓
16	1066902933	Abby zapata Arevalo	Mujer	5/10/2022	Nueva EPS	14.1	89.5		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
17	1137733646	Alan David Gomez S.	Hombre	20/2/2024	Cajacopi	9.5	73.3		Adecuado	Adecuada		✓
18	1300421834	Brian Felizola Pizarro	Hombre	4/04/2023	Cajacopi	11	84		Adecuado	Adecuada		✓
19	1300422896	Dayanara Chacon A	Mujer	19/02/2024	Nueva EPS	8.4	70.		Adecuado	Adecuada		✓
20	1300420659	Hector chacon Arroyo	Hombre	18/06/2022	Nueva EPS.	12.7	83.		Riesgo sobrepeso	Retraso en talla		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yoseni a 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 segun resolución 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y 3280 de 2018

LUGAR: Asociacion Villa Luz - Villa Mariamake FECHA: 27 Noviembre 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	1066898542	Adrian Camilo Caro A.	H	07/11/2020	Nueva Eps	17.1	104		Adecuado	Adecuada		✓
2	1067640584	Yoanders Carrillo M	H	07/01/2020	Caja copi	19.9	109.5		Adecuado	Adecuada		✓
3	1065682142	Salvatore Peñaloza	H	02/07/2023	Salud total	14.6	85		Sobrepeso	Adecuada		✓
4	1235342367	Jhoangelis Dominguez	M	20/10/2020	Caja copi	13.6	95		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
5	1065672785	Samantha Pacheco G.	M	07/12/2019	Salud total	14.7	101		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
6	1066307703	Salome Torres Barbosa	M	11/10/2021	Coosalud	12.7	94.5		Adecuado	Adecuada		✓
7	1067642514	Emma Acosta Cantillo	M	21/01/2021	Salud total	14.1	91.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
8	1137882913	Sandra Florez Bejarano	M	29/03/2022	Coosalud	16.2	91		Sobrepeso	Adecuada	✓	
9	1137881463	Maria Paula Alvarez M	M	08/02/2022	Caja Copi	16.6	100.5		Adecuado	Adecuada		✓
10	1066900944	Johsir Batista Hernandez	H	30/10/2021	Caja copi	15.1	95		Adecuado	Adecuada		✓
11	1235342593	Aitana Mejia Verdecia	M	06/04/2021	Caja copi	14.5	96		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12	1066898555	Abigail Ramos Loperena	M	28/10/2020	Dusakawi	16	95.5		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
13	1066901177	Maria Ballesta Navarro	M	09/12/2021	Salud total	14.6	92.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
14	1067641160	Anthonella Milian R.	M	01/05/2020	Caja copi	16.4	104		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066902179	Cristopher Polanco A.	H	09/06/2022	Sanitas	12	86.7		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1235342899	Samuel Vasquez Vera.	H	29/09/2021	Caja copi	17.8	98.3		Sobrepeso	Adecuada	✓	
17	1066901391	Emiliano Rivero Parra	H	25/01/2022	Coosalud	14.6	96.5		Adecuado	Adecuada		✓
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon - 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 sesenta y siete (67) niños y niñas del Barrio Populandia el día 28 de Noviembre de 2024 desarrollada con el apoyo del equipo de atención primaria en salud y en articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz que administra el programa de primera infancia en este Barrio.

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.

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.

Durante la jornada se brindó claridades a las familias del resultado de la toma 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 sesenta y siete (67) 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	42	0
Desnutrición aguda moderada	0	0
Desnutrición aguda severa	0	0
Riesgo de desnutrición aguda	4	4
Riesgo de sobrepeso	17	0
Sobrepeso	2	0
Obesidad	2	0
TOTAL	**67**	**4**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificaron niños en desnutrición aguda, sin embargo 4 niños se clasificaron en riesgo de desnutrición aguda, los cuales fueron direccionados para valoración por medicina general donde instauraron manejo con micronutrientes, desparasitación y se vincula para seguimiento en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. En el resto de la población intervenida se puede observar que la mayor proporción de niños y niñas gozan de un buen estado nutricional.
Canalizados a la EAPB:
Coosalud: 2 niños
Cajacopi: 2 niños

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Populandia – 28 de Noviembre 2024



Dirección: Carrera 20 No. 43 – 63
e- mail: gerencia@headese.gov.co
Valledupar, Cesar

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Populandia – 28 de Noviembre 2024









ANEXOS

- Evidencias fotográficas
- Oficio de concertación con asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz
- Folleto de educación alimentaria y nutricional
- Registro de información de los niños y niñas intervenidos
- Oficio de canalización a la 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 se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a NIÑOS Segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación villa luz Barrio Pgoslandia FECHA: 28 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension 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	1067642266	Jeronimo camillo cabrera	Hombre	9/11/2020	mutual ser	16.2	102.4		Adecuado	Adecuada		✓
2	1065675920	Keisy Maldonado Zuniga	Mujer	9/10/2020	Salud total	17.5	102.2		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
3	1066306482	Mariana Bermudez Arrieta	Mujer	25/11/2020	Salud total	15.1	97.		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1137881716	Mateo Rubio Bustamante	Hombre	09/09/2020	Mutual Ser	16.4	102.4		Adecuado	Adecuada		✓
5	1066303950	Meleth Ibañez Sanchez	Mujer	16/01/2020	Coosalud	17	104.5		Adecuado	Adecuada.		✓
6	1067642198	Amara lucia Vega Diaz	Mujer	15/11/2020	Cogacopi	14.2	97.3		Adecuado	Adecuada		✓
7	1067613818	Alana Rada pimienta	Mujer	5/11/2021	Nueva EPS	15.6	91.1		Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
8	1066897678	Allondra Barcenas R	Mujer	09/07/2020	Salud Total	15.4	99.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
9	1066900585	Breiner Arias Fonseca	Hombre	25/04/2021	Nueva EPS	14.9	99.2		Adecuado	Adecuada		✓
10	1065679216	Dilan Oñate Lagos	Hombre	10/12/2021	Sanitas	14.9	92.5		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
11	1065677233	Stefany Cervantes S	Mujer	8/02/2021	coosalud	15.1	95.9		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
12	1241088859	Gael Suarez Garcia	Hombre	12/07/2021	cogacopi	17.2	98.3		Adecuado	Adecuada		✓
13	1066305241	Mateo Barragan Valero	Hombre	08/04/2020	Salud total	19	109.7		Adecuado	Adecuada		✓
14	1067612298	Moises David Ortiz C.	Hombre	14/12/2020	Salud Total	15.9	100.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1065678289	Stefany Ortega Rosales	Mujer	24/08/2021	Asmet salud	15.3	92.4		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
16	1067643212	Samuel Diaz ortega	Hombre	2/07/2021	Nueva EPS	14	95		Adecuado	Adecuada		✓
17	1067613609	Angel Herrera Hidalgo	Hombre	25/09/2021	Salud total	16	97.7		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
18	1066899832	Angely Ortiz Cerezo	Mujer	10/06/2021	Salud Total	14.3	96.2		Adecuado	Adecuada.		✓
19	1067641127	ISAAC Agudelo polo	Hombre	1/05/2020	Asmet salud	18	103.1		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
20	1066899916	Edward Gutierrez G.	Hombre	28/06/2021	Coosalud	15.2	97.3		Adecuado	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon - Noticionista-Dietista

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2024

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificacion de factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolucion 2465 de 2016 resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Villa luz Barrio popularidia FECHA: 28 noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension Seguridad alimentaña y nutricional pre-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	1066898488	Paula Elena Parra Estrada	Mujer	11/01/2020	Cajacopi	15.4	106	14.9	Riesgo DNTagud a.	Adecuada	✓	
2	1300420984	Jadiel Mejia Vega	Hombre	21/02/2022	Cajacopi.	12	93	13.6	Riesgo DNT agrda	Adecuada	✓	
3	1300421479	Maria Victoña Torres M	Mujer	15/01/2023	Asmetsalud	9.9	83		Adecuado	Adecuada		✓
4	1067642681	Alanna Cueto Martinez	Mujer	13/02/2021	Sanitas	15	100		Adecuado	Adecuado		✓
5	1066306968	Derek Alejandro perez	Hombre	16/04/2021	Saludtotal	18	99		Sobrepeso	Adecuada	✓	
6	1066307326	Gianna Barrera Ramirez	Mujer	22/06/2021	Famisanar	16.5	101.		Adecuado	Adecuada		✓
7	1066399029	Isabella Ruiz Navarro	Mujer	16/01/2021	Coosalud	15.1	105	15.3	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
8	1300420191	Jeremy García Salas	Hombre	3/11/2021	Saludtotal	15.9	102		Adecuado	Adecuada		✓
9	1066897985	Maximiliano Mejia M.	Hombre	16/06/2020	Cajacopi	17	105.		Adecuado	Adecuada		✓
10	1066898160	Mia Fernanda Ordeo.	Mujer	10/08/2020	Cajacopi	18	100.1		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
11	1033828657	Slevin Rangel Rios	Hombre	27/01/2020	Sanitas.	18.9	105.3		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
12	1124425459	Samantha Salazar B.	Mujer	10/10/2020	DUSAKAWI	18.6	104.5.		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
13	1300420715	Nathanael Garba S.	Hombre	13/06/2022	Sanitas.	15.3	99.3.		Adecuado	Adecuada		✓
14	1066304593	Gisela Anza de Oro	Mujer	31/03/2020	Asmet salud	16.1	103.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066898660	Axel Acosta Jaramillo	Hombre	10/12/2020	Saludtotal	16.2	99.1		Adecuado	Adecuada		✓
16	1067641579	Cristopher Cortecras	Hombre	26/07/2020	cajacopi	16.9	100.3.		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
17	1066898478	Emily Sofia Arias A.	Mujer	10/10/2020	DUSAKAWI	16.7	102.2		Adecuado	Adecuada		✓
18	1067644214	Fernando Benavides C	Hombre	27/12/2021	cajacopi.	14.3	90.4		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
19	1137882031	Jeison Rivera Ordeo	Hombre	11/4/2021	Nueva EPS	13.8	94.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
20	1066897763	Juancamilo Daza Jimenez	Hombre	5/5/2020	Cajacopi.	20	112		Adecuado	Adecuada.		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yeseña 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 identificacion de factores de riesgo nutricional a 1100 niños segun resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y 3280 de 2018.

LUGAR: Asociacion Nña Luz - Popularia. FECHA: 28 Noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimension Seguridad alimentaña 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	1066901978	Luz Angel Marmol Martinez	M	31/03/2022	Coosalud	15.8	96.2		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
2	1065677665	Anais Camila Caro V.	M	01/05/2020	Caja copi	16.2	103		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066902430	Andres Camilo Caro V.	H	27/06/2022	Asmet salud	12.1	87		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
4	1235342885	Luis Mario Peña Romero	H	22/09/2021	Fami Sanar	13.1	93.2		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
5	1066899220	Stiven Morales Molina	H	10/02/2021	Coo salud	15	96		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
6	1065684554	Carlos Ivan Orozco B	H	11/09/2024	Nueva Eps	5	55.8		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
7	1065676566	Santiago Hoyos Ortiz	H	18/10/2020	Caja Copi	15.2	94.3		Riesgo sobrepeso	Retraso en talla		✓
8	1066307804	Elian Isaac Escobar B.	H	28/10/2021	Nueva Eps	12.4	88.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
9	1066896877	Emma Escobar B.	M	07/01/2020	Nueva Eps	16.3	102.8		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
10	1066898971	Saimaris Bonett Ojeda	M	25/01/2021	Coosalud	17.8	101.8		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
11	1300422603	Mia Isabella Cortes M.	M	19/10/2023	Salud total	9.2	77.1		Adecuado	Adecuada		✓
12	1067642014	Iranna Lucia Liñan B	M	30/09/2020	Sanitas	16.9	99.3		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
13	1137883402	Neythan Daniel Oñate	H	25/10/2022	Coosalud	9.6	80	13.8	Riesgo desnutricion	Retraso en talla	✓	
14	1065677259	Sheyla Castro Ramos	M	01/03/2021	Salud total	14.9	97		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066900539	Hector Jose Orozco H.	H	12/09/2021	Fami Sanar.	15.2	95.5		Adecuado	Adecuada		✓
16	1066901873	Dulce Maria Camargo	M	18/04/2022	Salud total	15.2	90.5		Obesidad	Retraso en talla	✓	
17	1066898221	Denis Sofia Morales	M	28/07/2020	Caja copi	15.1	101.4		Obesidad	Retraso en talla	✓	
18	1066901595	Mateo Hernandez Molina	H	10/03/2022	Salud total	12.8	92.3		Adecuado	Adecuada		✓
19	1066901596	Cristopher Hernandez	H	10/03/2022	Salud total	12.9	92.4		Adecuado	Adecuada		✓
20	1066899561	Ashly Jireth Quintero	M	29/04/2021	Coosalud	14.5	97.5		Adecuada	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Ovalle Toledo - 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: Asociación la luz Barrio popular FECHA: 28 Noviembre 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	1067641970	Lucia Valeña Añas Castro	Mujer	12/09/2020	Salud Total	17.4	102.3		Adecuado	Adecuada		✓
2	1066846691	Luciana Scott Abreu	Hombre	10/11/2019	Coosalud	16.5	10 5		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066902500	María Celeste Coneo C.	Mujer	29/07/2022	Sanitas	13.3	83.5		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
4	1067843669	María del Mar Vega R.	Mujer	24/09/2021	Salud Total	15.1	101.2		Adecuado	Adecuada		✓
5	1066899905	Yair Coneo Cantillo	Hombre	10/06/2021	Coosalud	15	98		Adecuado	Adecuada		✓
6	1067643930	Mariam Para Rangel	Mujer	24/11/2021	Sanitas	15.3	90.6		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
7	1029409221	Mateus Suarez Diaz	Hombre	19/11/2019	Nueva EPS	18	102		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Cabezón - 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 treinta y siete (37) niños y niñas del Barrio Villa Miriam el día 29 de Noviembre de 2024 desarrollada en la cancha de las bodegas del barrio con el apoyo del equipo de atención primaria en salud y en articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Villa Luz que administra el programa de primera infancia en este Barrio.

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.

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

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 siete (37) 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	20	0
Desnutrición aguda moderada	0	0
Desnutrición aguda severa	0	0
Riesgo de desnutrición aguda	0	0
Riesgo de sobrepeso	9	0
Sobrepeso	7	0
Obesidad	1	0
TOTAL	**37**	**0**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificaron niños en desnutrición aguda, sin embargo se puede evidenciar que la tendencia del estado nutricional de los niños de esta población va hacia la malnutrición por exceso de peso. En el resto de la población intervenida se puede observar que la mayor proporción de niños y niñas gozan de un buen estado nutricional.
Se brinda educación alimentaria y nutricional a las familias y se entrega folleto educativo sobre alimentación saludable en la primera infancia.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2024

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornada de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricionales a 1100 niños Segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Vila luz - Vila Miñam FECHA: 29 noviembre 2024 RESPONSABLES: Dimensión seguridad alimentaña y nutricional pic-Heap.

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	1067615115	Abby Lucia lopez Tovar	Mujer	28/07/2022	Salud Total	14	89.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
2	1073186182	Anthony Garcia peña	Hombre	26/11/2022	Nueva EPS	15.2	86.6		Sobrepeso	Adecuada		✓
3	1067616221	Elena de leon Salazar	Mujer	12/05/2023	Cajacopi	13	99.4		Sobrepeso	Adecuada		✓
4	1066310363	Fiorella Martinez F.	Mujer	31/10/2023	Salud Total	11.1	73.2		Sobrepeso	Adecuada		✓
5	1067646901	Juan José Jimenez Perez	Hombre	6/12/2023	Salud Total	9.7	77.8		Adecuado	Adecuada		✓
6	1066309322	Matthew Ortiz Bohorquez	Hombre	10/12/2022	Famisanar	13.2	84.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
7	1137732692	Rafael Rodo Molina A.	Hombre	21/03/2023	Asmetsalud	13.5	87.5		Riesgo sobrepeso	Adecuado		✓
8	1066308717	Ainara Batancour Ortiz	Mujer	29/05/2022	Salud Total	12.3	86.2		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
9	1066896959	Elena Ballesteros de la hoz	Mujer	18/01/2020	Cajacopi	17.6	109.4		Adecuado	Adecuada		✓
10	1067644635	Jahana Ibañez Herazo	Mujer	13/04/2022	Famisanar	13.5	89.7		Adecuado	Adecuada		✓
11	1066901851	Kenner Kaleth Caballero	Hombre	3/09/2022	Mutual Ser	13.2	92.5		Adecuado	Adecuado		✓
12	1066901373	Melek Sofia Galan M.	Mujer	6/01/2022	Cajacopi	14.8	95.7		Adecuado	Adecuada		✓
13	1066898933	Moises Kerguelen Garcia	Hombre	2/01/2021	Salud Total	15.4	100.2		Adecuado	Adecuada		✓
14	1065678600	Paula Castillon Mendoza	Mujer	29/09/2021	Cajacopi	15.7	100.8		Adecuado	Adecuada		✓
15	1067641463	Rafael Martinez Rivero	Hombre	09/07/2020	Salud Total	14.1	97.4		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
16	1066304810	Sandra Almanar Beltin	Mujer	11/03/2020	coosalud.	18.4	108.3		Adecuado	Adecuado		✓
17	1066898766	Santiago Rueda G.	Hombre	21/12/2020	Salud Total	20.3	109.7		Riesgo sobrepeso	Adecuada.		✓
18	1065679975	Elvia Morales prello	Mujer	3/07/2021	Asmetsalud	18.6	99.4		Sobrepeso	Adecuada		✓
19	1066901802	Jhon David Rada A.	Hombre	15/04/2022	Nueva EPS	17.3	89.5		Obesidad	Adecuada		✓
20	1300420408	Maximiliana Ibarra G.	Hombre	23/04/2022	Salud Total	16.6	97.8		Riesgo sobrepeso	Adecuada.		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición:

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 nutricionales a 1200 niños según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Asociación Villa luz-Villa Miñam. FECHA: 29 Noviembre 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	1066899889	Sam Guerrero Pinto	Hombre	7/06/2021	cajacopi	15	88.7		Sobrepeso	Retraso en talla		✓
2	1066305894	Isavra Quintero Saltaim	Mujer	1/09/2020	coosalud	15.7	98.4		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
3	1065675756	Juan Andres Barraza B	Hombre	16/06/2020	Salud Total	17.3	106.		Adecuado	Adecuada		✓
4	1066306097	Liana Mesa Rodriguez	Mujer	21/09/2020	cajacopi	21	104		Sobrepeso	Adecuada		✓
5	1069640567	Mauricio Olivera Angarita	Hombre	16/12/2019	Mutual Ser	20	111		Adecuado	Adecuada		✓
6	1066305322	Scarleth Gamez Arrego	Mujer	30/07/2020	coosalud.	20.1	107.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
7	1066904175	Alexia Martinez Granados	Mujer	27/07/2023	Salud Total	10	76.8		Adecuado	Adecuada.		✓
8	1067646090	Asly de Aguas Gallardo	Mujer	11/04/2023	Asmet salud	11.6	86.3		Adecuado	Adecuada		✓
9	1066904223	Camila Mola Orozco	Mujer	24/08/2023	coosalud.	10.9	77.3		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
10	1066903482	Emely Fontalvo polo	Mujer	10/02/2023	Asmet salud	11	88.6		Adecuado	Adecuada		✓
11	1066309691	Carlos janer puerta	Hombre	13/04/2023	Salud Total	12.3	86.2		Adecuado	Adecuada		✓
12	1067616930	Juan David sotol.	Hombre	20/12/2023	coosalud.	10.	71.3		Riesgo sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
13	1066904018	Leidy ortega leon	Mujer	20/07/2023	Salud Total	10.9	77.8		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
14	1137883384	Manuel Montero Arias	Hombre	21/10/2022	Fuerzas militares	12.1	86.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066310071	Mariana ortega soto	Mujer	04/09/2023	Salud Total	10.1	75.3		Adecuado	Adecuada.		✓
16	1067611901	Sahily Echavez F.	Mujer	15/05/2022	cajacopi.	12.7	89.4		Adecuado	Adecuada		✓
17	1083064204	Yerlis Manjarrez Estrada	Mujer	12/09/2022	F. Militares	13.1	82.6		Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yaseña Diaz Cañaveral - Nutricionista Dietista.

Valledupar, Noviembre de 2024

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

Valledupar, Diciembre de 2024

mutualser
2024 DIC. - 6
HORA: 10:18 am
RECIBIDO

EAPB
MUTUALSER

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.
Kendal Sofía Vergara Parra	RC 1067639950			Riesgo de desnutrición aguda.
Gendry Lionel Briceño Manrique	RC 1065673564			Riesgo de desnutrición aguda.
Noah David Montaño Contreras	RC 1235343074	11	89.6	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 Coloñon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

Valledupar, Diciembre de 2024

EAPB
COOSALUD

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
Dahian Celeste Cárdenas Monsalvo	1067734606	13.2	98	Riesgo de desnutrición aguda.
Yoiler Alfonso Mercado Saltarín	1063976540	10.7	88	Riesgo de desnutrición aguda.
Jean Carlos Pinillos Rodríguez	1063977279	13.7	100.3	Riesgo de desnutrición aguda.
Juan David Bruges Pérez	1066899541	11.5	91.7	Riesgo de desnutrición aguda.
Neythan Daniel Oñate Arroyo	1137883402	9.6	80	Riesgo desnutrición aguda.
Isabella Ruiz Navarro	1066399029	15.1	105	Riesgo desnutrición aguda
Sandra Sofía Flórez Bejarano	1137882913	16.2	91	Sobrepeso

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

6 DIC 2024 AM 9:27

SUCURSAL CESAR
COOSALUD EPS

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

Valledupar, Diciembre de 2024

AS16449 Famisanar 06 DIC 2024 Valledupar Cesar 9:59 COORDINACIÓN CENTRAL DE AUTORIZACIONES

EAPB
FAMISANAR

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
Antonella Rojas Lozano	RC1300420724	9.8	85.8	Riesgo de desnutrición aguda
José David García Vásquez	RC1235342806	11.5	91.2	Riesgo de desnutrición aguda
María Celeste Romero Rodríguez	RC1066900768	18.8	99.8	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, Diciembre 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 detallado 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.
Liam Santiago Muñoz Aguilar	RC1066898431	12.4	95.6	Riesgo de desnutrición aguda
María Alexa Calvo Mosso	RC1063978292	10.2	86.5	Riesgo de desnutrición aguda
Dylan David Calvo Mosso	RC 1063979707	8.6	74.1	Riesgo de desnutrición aguda
Maximiliano Amado Andazol	RC 1065676866	13.9	102.5	Riesgo de desnutrición aguda
Liam Jose Oliveros Rodríguez	RC1066005324	14.1	99.6	Riesgo de desnutrición aguda
Steven José Nieto Guerrero	RC1066307165	13.6	98.5	Riesgo de desnutrición aguda
Liam Santiago Muñoz Aguilar	RC1066898431	12.4	95.6	Riesgo de desnutrición aguda
Christopher Noah Giraldo V.	RC 1064127201	18.4	100	Sobrepeso
Julihana Andrea Ochoa Gutiérrez	RC1066310582	8.6	65	Sobrepeso
Salvatore Peñaloza Lengua	RC1065682142	14.6	85	Sobrepeso
Dulce María Camargo	RC1066901873	15.2	90.5	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

SaludTotal EPS S
06 DIC 2024
10:35 A
RECIBIDO SIN ACEPTACION

Valledupar, Diciembre de 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
Elián José Rivero Calvo	RC1066306788	13.6	99.5	Riesgo de desnutrición aguda
Abner David Messia Abreu	RC1065682317	8.6	77.1	Riesgo de desnutrición aguda
Ángel David Rojano Vergara	RC1300421542	12.8	93.5	Riesgo de desnutrición aguda
Carlos Amado García	RC1063977629	11.6	90.6	Riesgo de desnutrición aguda
Nehemias David Ferrer Caballero	RC1234100301	11.5	88	Riesgo de desnutrición aguda
Kanner José Barrios Martínez	RC1063975896	13.2	98.8	Riesgo de desnutrición aguda
Ainhara Celeste Batista Vergel	RC1067646104	15.3	86	Sobrepeso
Elianys Marcelis Medina Cantillo	RC1067645054	14	85.5	Sobrepeso
Ruendis José Rojas González	RC1063976204	18.5	99	Sobrepeso

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

Ana Rodriguez — 06-12-2024
10:14 AM

	SECRETARIA LOCAL DE SALUD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2024	

Valledupar, Diciembre de 2024

Juan Pablo Ruidiaz
06/12/2024
10:07 A.M

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
Samuel Isaac Betin Arias	1066897855	14.8	106	Riesgo de desnutrición aguda.
María Celeste Navarro Acuña	1065676696	13.2	101.7	Riesgo de desnutrición aguda.
Diana Isabel Ariza Rumbo	1137882092	11.2	91	Riesgo de desnutrición aguda
María Fernanda Ariza Rumbo	1137882091	11.7	92.5	Riesgo de desnutrición aguda
Eithan David Mejía Montero	1065677958	13.9	102	Riesgo de desnutrición aguda
Alba Rosa Romero Contreras	1066900297	11.9	91.6	Riesgo de desnutrición aguda
Juan Manuel Castillo Rodríguez	1066005248	13.1	97.2	Riesgo de desnutrición aguda
Michael Andrés Arévalo Castro	1137883698	9.8	82	Riesgo de desnutrición aguda
Paula Elena Parra Estrada	1066898488	15.4	106	Riesgo de desnutrición aguda
Denis Sofía Morales	1066898221	15.1	101.4	Obesidad
Isabella Córdoba Benavides	1137883473	14.2	80.6	Obesidad
Juan Andrés Ocampo De la Cruz	1063976989	16.1	90.8	Sobrepeso
Luis Karlos Buelvas Arévalo	1063978689	14.3	84.5	Sobrepeso
Samuel Elías Vásquez Vera	1235342899	17.8	98.3	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

Valledupar, Diciembre de 2024

EAPB
ASMET SALUD

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
Juan Pablo Carmona	RC1241088932	11.5	89.3	Riesgo de desnutrición aguda
Karla Sofia Pedroza Pérez	RC1067644788	10.3	86	Riesgo de desnutrición aguda
Ángela Sofia Parejo Navarro	RC1066305561	13.9	101	Riesgo de desnutrición aguda
Árianis Parejo Navarro	RC1066305561	11.8	94.4	Riesgo de desnutrición aguda
Abdiel Rafael Castillo Escorcia	RC1066899776	12.7	93.5	Riesgo de desnutrición aguda

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

06 DIC 2024

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ATENCIÓN 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 PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024.

FECHA DE EJECUCION: 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024

					ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS- Acumulado	VALOR TOTAL EJECUTADO - Acumulado	% DE EJECUCION ACUMULADO	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Realizar 28 orientaciones en salud para estrategia soy sonriente entorno educativo saludable con la participación de docentes y estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en zona urbana de acciones para la promoción del componente en salud oral importancia de la salud oral, aplicación de flúor, cáncer oral, enfermedades oro bucales para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las Ins	Atencion Primaria en Salud - APS	$ 28.000.000	28	4	$ 4.000.000	14%	4	$ 4.000.000	13	$ 13000.000	46%	15	$ 15.000.000	54%
TOTAL									$ 4.000.000						

Proyecto: BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 02

28 orientaciones en salud para estrategia soy sonriente entorno educativo saludable con la participación de docentes y estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en zona urbana. de acciones para la promoción del componente en salud oral: importancia de la salud oral, aplicación de flúor, cáncer oral, enfermedades oro bucales para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las Instituciones Educativas programadas del municipio de Valledupar

ELABORADO POR:
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR
AREA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE 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 DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios y educativos de la ciudad la estrategia **"CUIDA TU CUERPO"**

2. OBJETIVO

-Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia soy sonriente constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.

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

- Fortalecer el conocimiento de la comunidad educativo en la promoción del cuidado y autocuidado en salud oral.
- Transformación positiva de los entornos educativo para los modos, condiciones y estilos de vida saludables (salud oral).
- Transformación de vida de la comunidad estudiantil relacionado con los estilos de vida saludable.

1. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
28 orientaciones en salud para estrategia soy sonriente entorno educativo saludable con la participación de docentes y estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en zona urbana. de acciones para la promoción del componente en salud oral: importancia de la salud oral, aplicación de flúor, cáncer oral, enfermedades oro bucales para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las Instituciones Educativas programadas del municipio de Valledupar
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
Orientación 2. ESTRATEGIA "CUIDA TU CUERPO", "ENTORNO INTITUCIONAL GRADOS tercero, cuarto y quinto". Concertación con CUATRO (4) instituciones educativas de la comuna 4 y 5, para intervenir mediante Orientaciones en salud de acuerdo a la guía para la implementación de la estrategia de SOY SONRIENTE, para la ejecución de la segunda orientación. 1. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO DAGOBERTO FUENTES** 2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA MIXTA # 4** 3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA** 4. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA CDV** Como paso inicial 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 fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia soy sonriente constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal Para la ejecución de esta estrategia en el mes de noviembre se desarrolló la segunda orientación en (4) Instituciones Educativas (IE) concertadas, teniendo en cuenta que la ficha contempla la realización de dos (2) orientaciones por institución educativa, en los grados tercero, cuarto y quinto. 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 Soy Sonriente. Cada orientación tuvo una duración de 2 a 3 horas. Las 4 orientaciones fueron realizadas en las siguientes fechas así:

SEGUNDA ORIENTACIÓN:

1. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA CDV (05 / 11 / 2024)**
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA MIXTA # 4 (7 / 11 / 2024)**
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA (12 / 11 / 2024)**
4. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO DAGOBERTO FUENTES (14 / 11 / 2024)**

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:

En la segunda orientación se informó sobre un tema específico de la guía y se fortaleció algunos temas teniendo en cuenta los resultados de la primera sesión, 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.

Temas Tratados:

Control de la Placa Bacteriana y Cuidado Bucal

En nuestra boca viven bacterias que, si no se controlan, pueden causar problemas como las caries, que son agujeros en los dientes. Para prevenir esto, es importante cepillarse los dientes correctamente todos los días con pasta dental que contenga flúor. Esto no solo ayuda a mantener los dientes limpios, sino que también protege las encías, que son esenciales para mantener los dientes en su lugar. El flúor refuerza el esmalte dental, previniendo la acción de las bacterias y los ácidos de los alimentos.

Además del cepillado, el uso del hilo dental es fundamental para limpiar los espacios entre los dientes, donde el cepillo no puede llegar. Esto ayuda a eliminar las bacterias que se acumulan en esos lugares. Para mantener una buena salud dental, se recomienda cepillarse al menos dos veces al día y visitar al dentista dos veces al año para asegurarse de que todo esté bien.

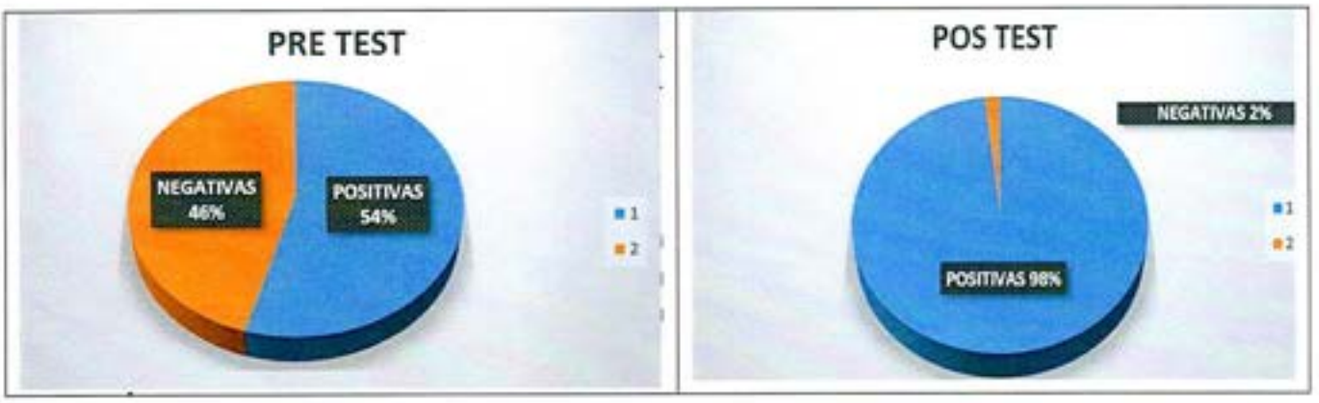
Importancia de la Salud Bucal en la Infancia y Adolescencia

Cuidar la salud bucal desde la infancia es crucial para evitar problemas futuros como caries y dientes torcidos. Tener dientes saludables también mejora la autoestima y ayuda a desarrollar hábitos que perdurarán durante toda la vida. El uso de flúor en la pasta dental es esencial, ya que refuerza el esmalte dental y previene las caries, contribuyendo a mantener una sonrisa fuerte y saludable.

1. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA CDV (05 / 11 / 2024)

La actividad comenzó con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por el Rector, que fueron los salones de clases. Se prepararon materiales lúdico-educativos como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres, que siempre se utilizan como apoyo lúdico, y elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente propicio que facilitara el aprendizaje, participaron activamente **58 alumnos**, en todas las actividades planteadas.

Análisis de los resultados del pre- test y post-test:



Al comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test aplicado a **58 alumnos,** se observa una mejora significativa en el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre el cuidado de la salud bucal. Mientras que en el pre-test el 54% de los estudiantes respondió correctamente, en el post-test, el 98% de la población evaluada mostró un buen dominio de la temática relacionada con la implementación de la estrategia 'SOY SONRIENTE'. Esto demuestra que la orientación y actividades realizadas durante el proceso han tenido un impacto positivo y efectivo en el aprendizaje de los estudiantes. Sin embargo, el 2% de los estudiantes que aún respondió negativamente señala que debe continuarse trabajando para asegurar que todos los niños

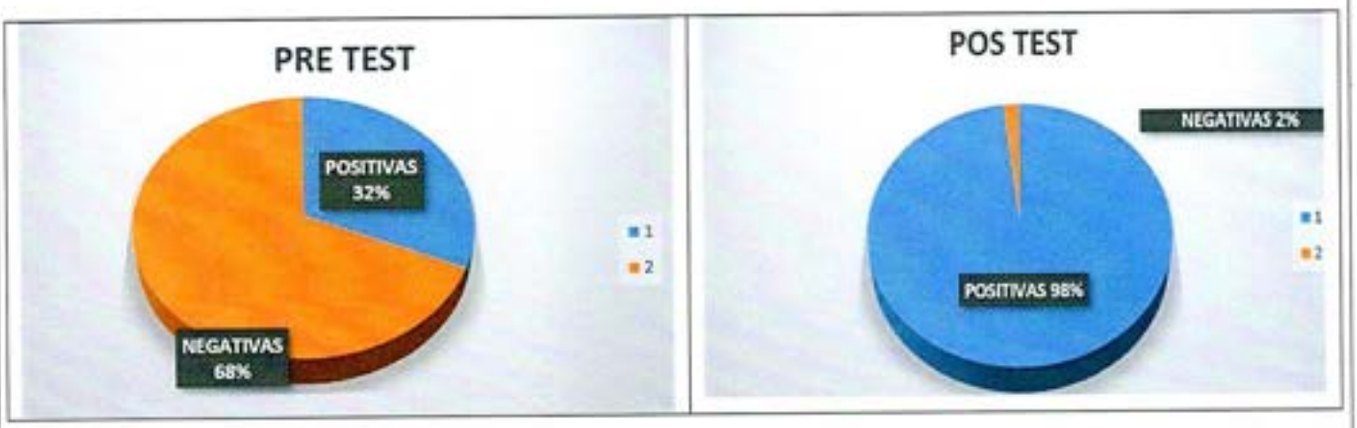
2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA MIXTA # 4 (7 / 11 / 2024)

Al finalizar la charlá educativa, se realizaron actividades lúdicas para reforzar el aprendizaje de manera divertida. Primero, los niños participaron en la construcción de un rompecabezas gigante con piezas que representaban elementos relacionados con el cuidado dental, como el cepillo de dientes, la pasta dental con flúor, el hilo dental y una manzana, junto con piezas que mostraban lo que puede dañar los dientes, como los dulces y refrescos. Mientras armaban el rompecabezas, los niños aprendieron la importancia de estos hábitos para mantener una sonrisa saludable.

Además, se usaron títeres, representando un "diente bueno" y un "diente malo", para hacer la actividad más entretenida y fácil de entender. Los títeres ayudaron a explicar los hábitos correctos y los errores comunes que dañan los dientes, haciendo el aprendizaje más visual y ameno.

Al final, los niños comprendieron de forma divertida que seguir estos simples pasos les permitirá tener dientes sanos.

Análisis de los resultados del pre- test y post-test:



Al comparar los resultados obtenidos en los **57 estudiantes** con la aplicación del pre-test y el post-test, se evidencia una mejora notable en el nivel de conocimientos adquiridos por los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de primaria de la Institución Educativa Mixta **#4**, en relación con la temática abordada en la estrategia "SOY SONRIENTE".

En el pre-test, solo el 32% de los estudiantes mostró un conocimiento adecuado sobre los cuidados de la salud oral, lo que reflejaba un entendimiento limitado sobre el tema. Sin embargo, después de la implementación de la estrategia, los resultados del post-test revelan que el 98% de los estudiantes demostraron una comprensión sólida sobre la importancia de la higiene bucal y su conexión con la salud general.

Este cambio significativo resalta la efectividad de la estrategia "SOY SONRIENTE" en la promoción de hábitos saludables, especialmente en lo que respecta al cuidado dental. Aunque un pequeño porcentaje (2%) de los estudiantes aún no ha alcanzado una comprensión total, los resultados generales muestran un avance considerable, lo que subraya el impacto positivo de la intervención educativa.

3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA (12 / 11 / 2024)**

El tema de **Control de la Placa Bacteriana y Cuidado Bucal** es fundamental para mantener una buena salud dental. Las bacterias que viven en nuestra boca pueden causar caries (agujeros en los dientes) si no las controlamos adecuadamente. Para prevenirlo, es esencial **cepillarse los dientes con pasta que tenga flúor todos los días**. El flúor refuerza el esmalte dental, lo hace más fuerte y previene el daño de las bacterias y los ácidos de los alimentos.

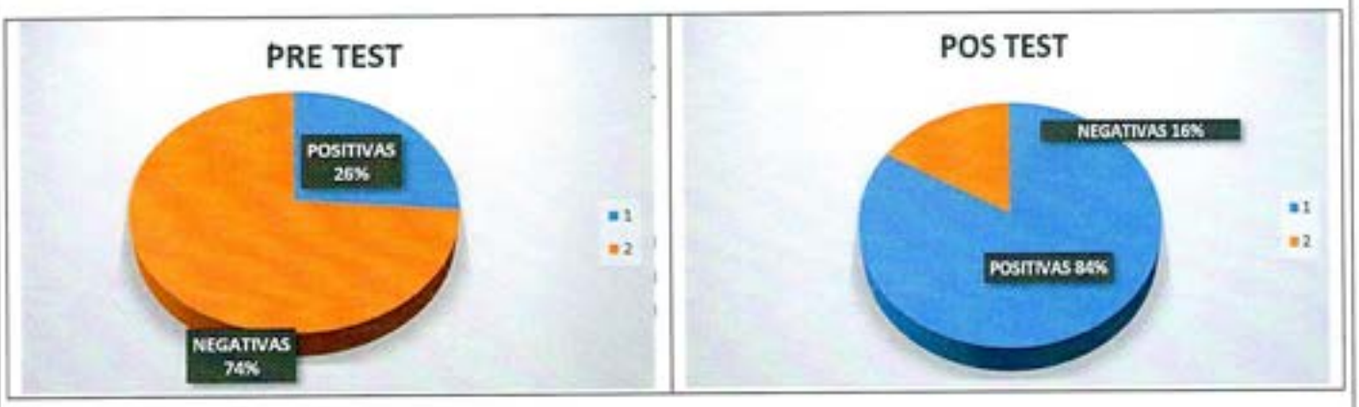
Además, **el cuidado de las encías** es igual de importante, ya que ellas mantienen los dientes firmes en su lugar. Si las encías están sanas, es más fácil mantener los dientes en buen estado. Por lo tanto, el cepillado regular y el uso de productos con flúor son claves para evitar problemas dentales como las caries, ayudando a mantener dientes y encías fuertes y saludables.

Además de cepillarnos, **usamos hilo dental** para limpiar entre los dientes, donde el cepillo no llega. Es importante cepillarse **al menos dos veces al día** y visitar al dentista dos veces al año.

Importancia de la Salud Bucal en Niños:

Cuidar los dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas más grandes, como caries y dientes torcidos. Tener dientes sanos también nos ayuda a sentirnos bien con nuestra sonrisa y a crear buenos hábitos que durarán mucho tiempo.

Análisis de los resultados del pre- test y post-test:



Es relevante resaltar que, de los 44 estudiantes que participaron en la actividad, durante el **pretest**, el **74% de los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de la I.E. Jesús Sierra Uribe** mostró un considerable desconocimiento acerca de los temas tratados, lo que indica que una gran mayoría no tenía claridad sobre la importancia de las prácticas de salud oral y la prevención de enfermedades bucales. Solo el **26% de los estudiantes respondió positivamente** a las preguntas relacionadas con los cuidados adecuados para los dientes y las encías, lo que reflejó una comprensión limitada en ese momento.

Sin embargo, en el **postest**, los resultados mostraron una mejora significativa, ya que el **84% de los estudiantes respondió correctamente**, lo que evidencia una notable mejora en los conocimientos adquiridos sobre salud oral y, específicamente, sobre la estrategia **"SOY SONRIENTE"**, diseñada para promover hábitos saludables de higiene bucal. Este cambio positivo resalta el impacto de la actividad educativa y la efectividad de la intervención en el aprendizaje de los estudiantes.

A pesar de estos avances, el **16% de los estudiantes aún respondió de manera incorrecta a la pregunta**: **¿Por qué es importante cepillarnos los dientes y las encías?**, lo cual sugiere que persisten algunas dudas o confusión sobre ciertos aspectos del cuidado bucal. Esto resalta la necesidad de continuar con el proceso educativo y reforzar los mensajes relacionados con la salud oral para asegurar que todos los estudiantes comprendan completamente la importancia de mantener una higiene adecuada y los beneficios a largo plazo de estos hábitos saludables.

4. INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO DAGOBERTO FUENTES (14 / 11 / 2024)

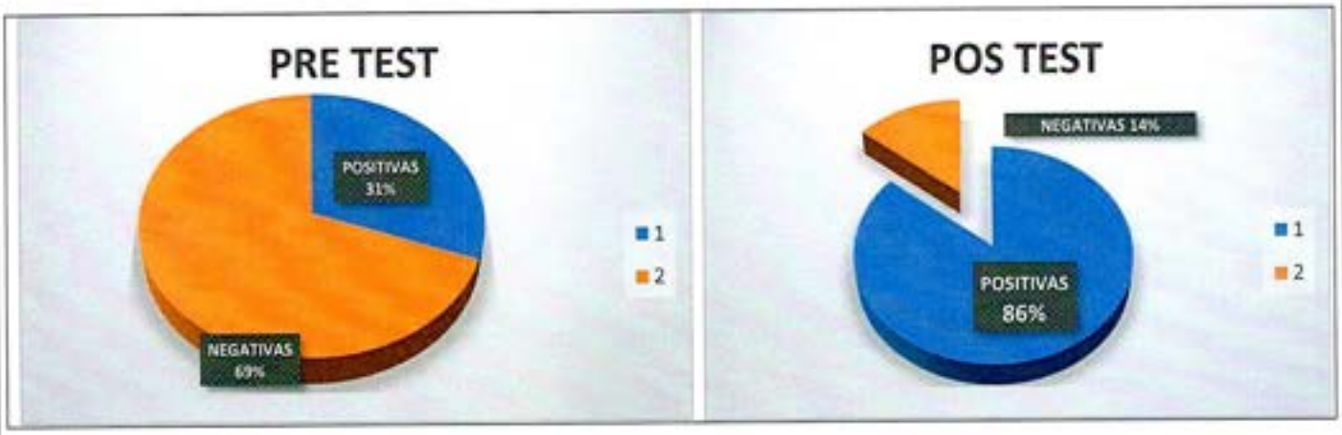
La actividad dio inicio con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por el Rector, específicamente en los salones de clase. Se prepararon materiales lúdico-educativos, como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres y otros elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente adecuado que favoreciera el aprendizaje. Un total de **65 estudiantes** participaron activamente en todas las actividades propuestas, involucrándose de manera entusiasta en cada una de ellas.

El **Control de la Placa Bacteriana y Cuidado Bucal** es esencial para prevenir problemas como las caries, causadas por las bacterias en la boca. Cepillarse los dientes con pasta dental con **flúor** refuerza el esmalte y protege contra las bacterias y los ácidos. También es importante cuidar las

encías, ya que mantienen los dientes firmes. Además del cepillado, el uso de **hilo dental** limpia entre los dientes, donde el cepillo no llega. Es clave cepillarse al menos dos veces al día y visitar al dentista dos veces al año.

Cuidar los dientes desde pequeños previene problemas como caries y dientes torcidos, y fomenta buenos hábitos que perduran.

Análisis de los resultados del pre- test y post-test:



Al analizar los resultados del **pretest** y los pos-test aplicados a los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de la institución educativa **Dagoberto Fuentes**, se observa un avance significativo en su conocimiento sobre el cuidado dental. En el **pretest**, el 69% de los estudiantes respondió incorrectamente, lo que reflejaba dificultades para comprender aspectos clave de la salud bucal. Sin embargo, tras la charla informativa impartida por la odontóloga, en el **pos-test** el 86% respondió correctamente, lo que demuestra el impacto positivo de la orientación recibida.

A pesar de la mejora, el 14% restante de los estudiantes aún respondió incorrectamente, indicando que algunos temas requieren mayor refuerzo. Este dato subraya la necesidad de seguir implementando actividades educativas que fortalezcan los hábitos de cuidado dental, asegurando que todos los estudiantes adquieran los conocimientos necesarios para mantener una buena salud bucal. En resumen, aunque las actividades educativas han tenido un impacto positivo en el aprendizaje, es esencial continuar trabajando para que todos los estudiantes internalicen los conocimientos adecuados sobre su salud bucal.

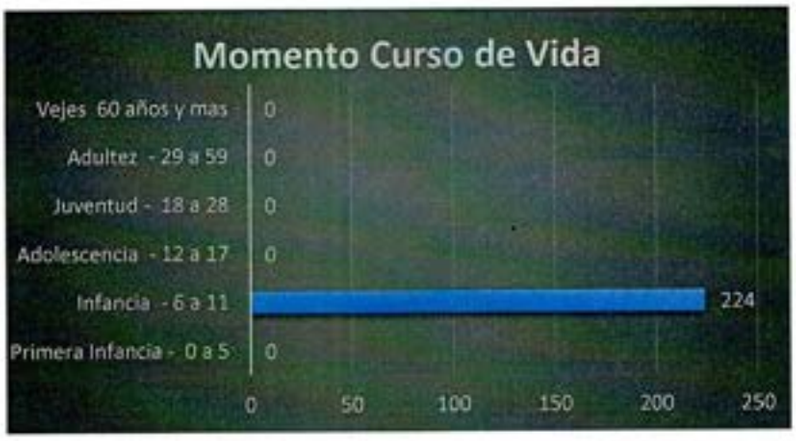
ENFOQUE DIFERENCIAL



El análisis de los datos de los **224 niños** que participaron en la estrategia **"SOY SONRIENTE"** es el siguiente:

- **Femenino**: 112 (50% del total).
- **Masculino**: 112 (50% del total).

La distribución de género es **equilibrada**, con el mismo número de participantes tanto para **niñas** como para **niños**, representando un **50%** para cada grupo. Esto sugiere una participación igualitaria entre ambos géneros en la estrategia implementada.



Los datos sobre el **momento del curso de vida** de los **224 niños** que participaron en la estrategia **"SOY SONRIENTE",** están en el rango de **Infancia (6 a 11 años)**.

CONCLUSIONES La **implementación de la estrategia "Soy Sonriente"** ha tenido un impacto notablemente positivo en los estudiantes, especialmente en lo que respecta a la educación sobre salud bucal y vida saludable. A través de las orientaciones realizadas en instituciones educativas, se logró aumentar el nivel de conocimiento de los estudiantes, evidenciado en los resultados obtenidos en los **pre-test** y **post-test**.

Inicialmente, una proporción considerable de los estudiantes desconocía aspectos fundamentales sobre el cuidado bucal. Sin embargo, tras la intervención educativa, se observó una mejora significativa en su comprensión, con un alto porcentaje de respuestas correctas en el **post-test**. Esto indica que las actividades lúdico-educativas, las charlas impartidas por profesionales y las dinámicas realizadas fueron eficaces para transmitir los mensajes clave sobre la importancia de la salud oral, la higiene bucal y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Es importante destacar que, de los **224 niños** que participaron en la estrategia **"Soy Sonriente"**, todos se encontraban en el rango de **Infancia (6 a 11 años)**, lo que permitió dirigir las actividades específicamente a este grupo etario. **La distribución por género fue equitativa**, con **112 niñas** y **112 niños** participando activamente.

A pesar de los resultados mayoritariamente positivos, aún hay un pequeño porcentaje de estudiantes que no ha adquirido completamente los conocimientos necesarios, lo que subraya la importancia de continuar con el refuerzo de esta educación. Es esencial mantener la estrategia de manera constante, con un seguimiento adecuado para asegurar que todos los estudiantes adquieran y mantengan hábitos saludables.

En resumen, la estrategia **"Soy Sonriente"** ha sido exitosa, pero para optimizar sus resultados, será fundamental realizar intervenciones continuas y adaptadas a las necesidades específicas de los estudiantes, garantizando que todos alcancen una comprensión completa sobre el cuidado bucal y la importancia de la vida saludable.

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 10 días del mes de diciembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAES ESTRATEGIA SOY SONRIENTE 2024	MES			OCTUBRE			NOVIEMBRE				
	SEM.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Institución Educativa Alfonso Cotes Queruz	DIA	4				29					
Institución Educativa Daniel Tapias	DIA			15							
Institución Educativa Mixta CDV	DIA			16				5			
Institución Educativa carlota Ulhia	DIA			18							
Institución Educativa Mixta N° 4 CASD	DIA				22			7			
Institución Educativa Jesús Sierra Uribe	DIA				24			12			
Institución Educativa Eduardo Suarez Orcasita	DIA				25						
Institución Educativa Dagoberto Fuentes	DIA					30			14		

CONVENCIONES:

- 1 ORIENTACION
- 2 OREINTACION

PLANEACION METODOLOGICA- SEGUNDA ORIENTACION

ESTRATEGIA SOY SONRIENTE

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
ERIKA PINTO SOLANO	**COMUNA 5.** 1. ESCUELA ANEXA ALFONSO COTES QUERUZ 2. E.U.M. ALBERTO HERAZO PALMERA 3. E.U.M. CINCO DE ENERO 4. ESC URB MIX VILLA YANETH 5. INSTITUCION EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITA 6. ESC MIXTA LA NEVADA 7. ESCUELA URBANA MIXTA 20 DE JULIO 8. ESCUELA URBANA MIXTA DIVINO NIÑO 9. INSTITUCION EDUCATIVA RICARDO GONZÁLEZ **COMUNA 4** 1. I.E. MAYOR DE VALLEDUPAR CÉSAR POMPEYO MENDOZA HINOJOSA 2. COLEGIO DANIEL TAPIAS PICO 3. COLEGIO JESUS SIERRA URIBE	ESTRATEGIA SOY SONRIENTE	OCTUBRE - NOVIEMBRE 2024

	4. CONCENTRACION DAGOBERTO FUENTE ZULETA 5. CONCENTRACION ESCOLAR C.D.V. primaria 6. CONCENTRACION ESCOLAR CARLOTA UHIA DE BAUTE primaria 7. ESCUELA MIXTA NO. 4		

LOGROS:

- ✓ Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia soy sonriente constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.
- ✓ Fortalecer el conocimiento de la comunidad educativa en los elementos y técnicas para una buena higiene bucal, importancia del uso y/o frecuencia de los servicios de salud en salud oral o bucodental y Prevención de la enfermedad oral.
- ✓ Transformación positiva de los entornos educativo para los modos, condiciones y estilos de vida saludables (salud oral).

:

CONTENIDO:	**RECURSOS:**
1. Presentación del equipo 2. Palabras de bienvenida 3. Realización de pre test antes de presentar las temáticas. 4. Desarrollo de la actividad lúdica educativa "SONRISA BRILLANTE" 5. Conclusiones del tema 6. Aplicación del Post Test. 7. Entrega de Kits de higiene oral	➢ 1 pendón. ➢ 3 figuras alusivas a la cavidad bucal ➢ 3 rompecabezas grande en forma de muelas ➢ Kits de salud oral ➢ 130 lista de asistencia ➢ 70 actas ➢ 3360 pretest y post test ➢ 2 mimos o Payasos ➢ 4 asistentes de Logística

8. Cierre	➢ Sonido

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

- ✓ Se inicia la actividad con la presentación del equipo de la estrategia vida saludable y enfermedades no transmisibles, posteriormente se dará la participación a las autoridades de la institución educativa, los cuales abordarán sobre los elementos y técnicas para una buena higiene bucal, importancia del uso y/o frecuencia de los servicios de salud en salud oral o bucodental y Prevención de la enfermedad oral.

Posteriormente de manera organizada con cada uno de los grados se aplicará un test donde se evaluará los conocimientos previos que tiene los asistentes.
Se inicia la actividad con la presentación del equipo de la estrategia **soy sonriente,** entorno educativo saludable, seguido se dará la participación a las autoridades de la institución educativa, los cuales abordarán sobre la importancia de la salud oral para contribuir con una buena salud oral.

Posteriormente se brindará información sobre los temas a tratar.

DESARROLLO

La charla se centró en temas CUIDANDO NUESTROS DIENTES Y NUESTRA SALUD, tales como:

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA DE LOS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS.

En tu boca viven pequeños bichitos llamados bacterias. Aunque no los podemos ver, están ahí todo el tiempo. Algunas de estas bacterias pueden hacer que tus dientes se pongan enfermos y hasta te den caries, que son agujeros en los dientes. Pero no te preocupes, ¡hay algo que puedes hacer! Si te cepillas los dientes con pasta dental, quitas a esos bichitos y evitas que te hagan daño. Además, el cepillado no solo limpia tus dientes, también cuida las encías, que son las partes blanditas y rosadas de tu boca. Las encías también necesitan estar fuertes y sanas para que tus dientes se mantengan en su lugar. Cepillarte bien todos los días es una manera fácil de tener una sonrisa bonita y saludable. ¿Te imaginas cómo se sentirían tus dientes si los cuidas como a un superhéroe?





¿CÓMO LO HACEMOS?

Para mantener tus dientes limpios y fuertes, es muy importante cepillarlos todos los días con pasta dental que tenga flúor. Debes cepillarte al menos dos veces al día: una vez cuando te levantas por la mañana, para empezar el día con una boca fresca, y otra antes de dormir, para que tus dientes descansen mientras tú duermes. El flúor ayuda a que tus dientes se mantengan fuertes y protegidos.

Pero, eso no es todo. También es importante usar hilo dental. El hilo dental es como un pequeño cuerito que te ayuda a limpiar los espacios entre tus dientes, esos lugares donde el cepillo no puede llegar. Si no usas hilo dental, las bacterias pueden quedarse en esos huequitos, causando problemas a largo plazo. Usar hilo dental es como darle un superpoder a tu cepillado, ayudando a que tu boca esté mucho más limpia y saludable.

TIEMPO DE CEPILLADO Y FRECUENCIA

"Es muy importante visitar al dentista 2 veces al año y no solo cuando tengas dolor. El dentista es como un superhéroe de los dientes. Él o ella revisan tu boca para asegurarse de que todo esté bien y que no haya problemas, como caries o dientes que se estén moviendo. Si encuentran algo que necesita cuidado, te dirán qué hacer para que tu sonrisa siga siendo brillante y saludable. Además, si sigues las recomendaciones del dentista, tus dientes se mantendrán fuertes por mucho tiempo. ¡Es como tener a un experto que te ayuda a cuidar tus dientes para que siempre estén felices!"



IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Cuidar nuestros dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas como caries o dientes torcidos cuando crezcamos. Además, tener una sonrisa sana nos ayuda a sentirnos más seguros y felices.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD BUCAL?

La salud bucal en los niños es importante porque previene problemas como caries y dientes torcidos, ayuda a mantener una sonrisa bonita y fortalece la autoestima. Además, fomenta hábitos saludables que durarán toda la vida.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTROS DIENTES?



Esta pregunta es muy importante para los niños, especialmente por el alto consumo de azúcares. En muchas loncheras, lo que más se puede observar son mecatos y alimentos azucarados, los cuales pueden dañar los dientes. Comer más frutas y verduras, evitar los dulces y las bebidas azucaradas, y beber agua en lugar de refrescos ayuda a mantener los dientes sanos y fuertes. Además, es importante evitar el alcohol y el cigarrillo, ya que pueden dañar nuestros dientes y encías.

¿Qué es el flúor y cómo ayuda a nuestros dientes?

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.

VISITAS AL DENTISTA

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.



PREGUNTAS PRETEST Y POSTEST

1. PORQUE ES IMPORTANTE CEPILLARNOS LOS DIENTES
2. COMO PUEDE LA SALUD BUCAL AFECTAR NUESTRA AUTOESTIMA
3. QUE DEBEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTRA SALUD BUCAL
4. QUE SUCEDE SI NO CUIDADMOS NUESTRA SALUD BUCAL
5. QUE ES EL FLUOR Y COMO AYUDA A NUESTROS DIENTES

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS: Implementar aprendizaje por medio de la lúdica, para llevar al estudiantado a conocer cada una de las partes de la cavidad oral y la importancia de la adecuada higiene oral.
ESTRATEGIAS DE EVALUACION: • Aplicar en el cuerpo estudiantil del pre test y post test. • Se evaluará los conocimientos en el desarrollo de la dinámica y se reforzaran los temas que generen más inquietudes.
TIEMPO:2 A 3 HORAS

INSTITUCION EDUCATIVA DAGOBERTO FUENTES SEGUNDA SECCION

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES										
LUGAR:	Institución Educativa Dagoberto Fuentes			**FECHA**	14 DE NOVIEMBRE DEL 2024			**HORA INICIO**	8:00AM		
								HORA FINAL	10:30AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	INFORMACION EN SALUD PARA LA ADOPCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- ESTRATEGIA SOY SONRIENTE										
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia Soy Sonriente, constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para poder dar cumplimiento a la actividad de "Se deben realizar 28 orientaciones en salud para estrategia Soy Sonriente entorno educativo saludable, con la participación de Docentes y Estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en la zona urbana. De acciones para la promoción del componente en salud oral, para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no trasmisibles en las Instituciones educativas programadas en el municipio de Valledupar", de la siguiente manera:

ARTICULACION DE LA ACTIVIDAD:

El día jueves 14 de noviembre, a las 8:00 a.m., comenzó la actividad programada por la dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, a través de la estrategia *Soy Sonriente*. Esta actividad se realizó en la Institución Educativa Dagoberto Fuentes, en colaboración con su coordinador, César Rincón. Estuvo dirigida a los estudiantes de los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, sumando un total de 65 alumnos.

SEGUNDA ORIENTACION

Preparativos y Presentación:

La actividad comenzó con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por coordinador Cesar Rincón, que fue En el auditorio. Se prepararon materiales lúdico-educativos como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres, que siempre se utilizan como apoyo lúdico, y elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente propicio que facilitara el aprendizaje.

Con el equipo de trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), ya conocido por la Institución educativa, integrado por la odontóloga Erika Pinto y las auxiliares de enfermería Enith Ochoa y Marlyn Ramírez. Se explicó a los estudiantes como sería el desarrollo de la segunda sesión, informándoles que primero se llevaría a cabo un pre-test con temas distintos a los de la primera orientación, el cual no sería una evaluación ni se calificaría. El objetivo del pre-test era medir sus conocimientos previos sobre el tema antes de la charla educativa.

Se explicó a los niños cómo completar el formulario del pre-test, que incluía su nombre, el nombre del colegio, el grado escolar y la fecha. Debido al grado de dificultad que presentaba para algunos niños, las auxiliares brindaron su apoyo para el registro de los datos.

Una vez que los estudiantes respondieron las preguntas del pre-test, se recolectaron los formularios y la odontóloga Erika Pinto dio inicio a la charla educativa."

Charla Educativa:

La charla se centró en temas CUIDANDO NUESTROS DIENTES Y NUESTRA SALUD, tales como:

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA DE LOS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS.

En tu boca viven pequeños bichitos llamados bacterias. Aunque no los podemos ver, están ahí todo el tiempo. Algunas de estas bacterias pueden hacer que tus dientes se pongan enfermos y hasta te den caries, que son agujeros en los dientes. Pero no te preocupes, ¡hay algo que puedes hacer! Si te cepillas los dientes con pasta dental, quitas a esos bichitos y evitas que te hagan daño. Además, el cepillado no solo limpia tus dientes, también cuida las encías, que son las partes blanditas y rosadas de tu boca. Las encías también necesitan estar fuertes y sanas para que tus dientes se mantengan en su lugar. Cepillarte bien todos los días es una manera fácil de tener una sonrisa bonita y saludable. ¿Te imaginas cómo se sentirían tus dientes si los cuidas como a un superhéroe?





¿CÓMO LO HACEMOS?

Para mantener tus dientes limpios y fuertes, es muy importante cepillarlos todos los días con pasta dental que tenga flúor. Debes cepillarte al menos dos veces al día: una vez cuando te levantas por la mañana, para empezar el día con una boca fresca, y otra antes de dormir, para que tus dientes descansen mientras tú duermes. El flúor ayuda a que tus dientes se mantengan fuertes y protegidos.

Pero, eso no es todo. También es importante usar hilo dental. El hilo dental es como un pequeño cuerito que te ayuda a limpiar los espacios entre tus dientes, esos lugares donde el cepillo no puede llegar. Si no usas hilo dental, las bacterias pueden quedarse en esos huequitos, causando problemas a largo plazo. Usar hilo dental es como darle un superpoder a tu cepillado, ayudando a que tu boca esté mucho más limpia y saludable.

TIEMPO DE CEPILLADO Y FRECUENCIA

"Es muy importante visitar al dentista 2 veces al año y no solo cuando tengas dolor. El dentista es como un superhéroe de los dientes. Él o ella revisan tu boca para asegurarse de que todo esté bien y que no haya problemas, como caries o dientes que se estén moviendo. Si encuentran algo que necesita cuidado, te dirán qué hacer para que tu sonrisa siga siendo brillante y saludable. Además, si sigues las recomendaciones del dentista, tus dientes se mantendrán fuertes por mucho tiempo. ¡Es como tener a un experto que te ayuda a cuidar tus dientes para que siempre estén felices!"



IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Cuidar nuestros dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas como caries o dientes torcidos cuando crezcamos. Además, tener una sonrisa sana nos ayuda a sentirnos más seguros y felices.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD BUCAL?

La salud bucal en los niños es importante porque previene problemas como caries y dientes torcidos, ayuda a mantener una sonrisa bonita y fortalece la autoestima. Además, fomenta hábitos saludables que durarán toda la vida.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTROS DIENTES?



Esta pregunta es muy importante para los niños, especialmente por el alto consumo de azúcares. En muchas loncheras, lo que más se puede observar son mecatos y alimentos azucarados, los cuales pueden dañar los dientes. Comer más frutas y verduras, evitar los dulces y las bebidas azucaradas, y beber agua en lugar de refrescos ayuda a mantener los dientes sanos y fuertes. Además, es importante evitar el alcohol y el cigarrillo, ya que pueden dañar nuestros dientes y encías.

¿Qué es el flúor y cómo ayuda a nuestros dientes?

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.



Actividades Lúdicas: El Rompecabezas y el juego de los títeres

La odontóloga Erika Pinto al finalizar la charla, se realizaron varias actividades lúdicas para reforzar los aprendizajes de una manera divertida.

Hoy hicimos una actividad muy divertida sobre cómo cuidar nuestros dientes. ¡Hicimos un rompecabezas gigante

Primero, se utilizaron unas piezas de rompecabezas que tenían imágenes de cosas que usamos para cuidar nuestros dientes. Había piezas con un **cepillo de dientes**, **pasta dental con flúor**, **hilo dental**, y hasta una **manzana**. También había imágenes de cosas que no son buenas para nuestros dientes, como **dulces** y **refrescos**.

Comenzamos a armar el rompecabezas. Mientras poníamos cada pieza en su lugar, nos explicaban por qué era importante. Por ejemplo, cuando pusimos la pieza del **cepillo de dientes**, recordamos que es muy importante cepillarnos al menos dos veces al día. Luego, colocamos la pieza de la **pasta dental con flúor** y aprendimos que el flúor ayuda a que nuestros dientes sean más fuertes.

También hubo piezas con **hilo dental**, y nos dijeron que debemos usarlo para limpiar los lugares donde el cepillo no llega, como entre los dientes. Cuando vimos la pieza de la **manzana**, entendimos que comer frutas y verduras es muy bueno para nuestra salud bucal.

Después, pusimos las piezas de **dulces** y **refrescos**. Nos explicaron que, si comemos demasiados, pueden dañar nuestros dientes y causar caries. ¡Así que no es bueno comerlos todo el tiempo!

Siempre nos apoyamos en la estrategia de los títeres, representando al diente malo y al diente bueno, con el objetivo de hacer la actividad más divertida y fácil de entender para los niños. Los títeres ayudaron a captar la atención de los estudiantes y a explicar de manera lúdica y visual la importancia de cuidar nuestros dientes. A través de esta representación, los niños pudieron identificar los hábitos correctos y los errores comunes que dañan los dientes, lo que facilitó la comprensión del tema de forma amena y entretenida.

Al final, logramos armar el rompecabezas y nos dimos cuenta de que tener dientes sanos es fácil si seguimos estos pasos. ¡Fue muy divertido aprender de esta forma!

ANALISIS GENERAL

ANALISIS PRE TEST:



Según los resultados del pretest realizado a los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de la Institución Educativa Dagoberto Fuentes, y lo que se observa en el gráfico, se puede interpretar que el 69% de la población estudiantil respondió negativamente a las preguntas planteadas, lo que evidencia un alto nivel de desconocimiento en los temas tratados en la segunda orientación. Por otro lado, el 31% de los estudiantes respondió positivamente, lo que indica que, se requiere seguir trabajando para mejorar su comprensión de los temas. Para ello, se continuará implementando la estrategia 'SOY SONRIENTE' en la dimensión 'Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles', con el fin de promover el cuidado dental entre los niños y niñas."

ANALISIS POS – TEST



A partir de los resultados obtenidos en el postest aplicado al finalizar la segunda orientación y según lo observado en el gráfico, se puede concluir que el 86% de la población estudiantil de los grados 3°, 4° y 5° de primaria, evaluada en la Institución Educativa Dagoberto Fuentes, respondió positivamente a las preguntas, lo que refleja un buen nivel de conocimientos adquiridos sobre la temática relacionada con la implementación de la estrategia 'SOY SONRIENTE' en la dimensión 'VIDA SALUDABLE Y

CONDICIONES NO TRANSMISIBLES', en la realización del postest se refleja que los alumnos mejoraron sus conocimientos.

Por otro lado, el 14% de los estudiantes respondió negativamente, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando, a través de la estrategia 'SOY SONRIENTE', en el cuidado de la salud oral en los niños y niñas.

CONCLUSION:

ANALISIS CONSOLIDADO CUANTITATIVO PRE TEST, IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "SOY SONRIENTE"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DAGOBERTO FUENTES, GRADOS 3, 4 Y 5°, TOTAL EVALUADOS: 65

DIMENSIÓN	INSTITUCION EDUCATIVA	GRADO		PRE TEST	RESPUESTA		POS TEST	RESPUESTA	
					POSITIVA	NEGATIVA		POSITIVA	NEGATIVA
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	IE DAGOBERTO FUENTES	3,4 Y 5TO	1	Sabes cuantas veces debo cepillarme	3	62	Sabes cuantas veces debo cepillarme	57	8
			2	Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	0	65	Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	46	19
			3	Cuales crees que son las funciones de los dientes	44	21	Cuales crees que son las funciones de los dientes	59	6
			4	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	43	22	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	62	3
			5	Sabes que es la placa bacteriana	10	55	Sabes que es la placa bacteriana	56	9
TOTAL					100	225		280	45

En conclusión, al analizar los resultados obtenidos en el pretest y el pos-test aplicados a los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de la institución educativa Dagoberto Fuentes, se puede evidenciar un avance significativo en el conocimiento de los estudiantes sobre el cuidado de sus dientes. En el pretest realizado en la segunda orientación, el 69% de los estudiantes respondió negativamente, lo que indica que aún existían dificultades para comprender algunos aspectos importantes de la salud bucal. Sin embargo, después de la charla informativa impartida por la odontóloga, se observó una mejora notable en el pos-test, en el que el 86% de los estudiantes respondió positivamente. Este resultado refleja que la orientación recibida tuvo un impacto positivo en su aprendizaje.

A pesar de este progreso, el 14% restante de los estudiantes respondió negativamente, lo que sugiere que aún persisten algunas áreas de conocimiento que necesitan refuerzo. Este dato resalta la importancia de continuar ofreciendo actividades educativas que refuercen los hábitos de cuidado dental entre los niños y niñas, garantizando que todos los estudiantes adquieran los conocimientos necesarios para mantener una buena salud bucal. En resumen, los resultados obtenidos evidencian que las orientaciones y actividades realizadas durante el proceso educativo han tenido un impacto positivo y efectivo en el aprendizaje de los estudiantes, aunque es necesario seguir trabajando para asegurar que todos los estudiantes internalicen los conocimientos adecuados sobre su salud bucal.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS





ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Erika Pinto	
	Nombre:		
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Cesar Mindiola		Cesar Rincón

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO
JOSÉ EUGENIO MARTÍNEZ
Resolución de Aprobación No. 00038 de 18 de octubre de 2024
NIT: 800.090.099-5 Código DANE: 120001000018

El COORDINADOR DE LA INST. EDUCATIVA JOSE EUGENIO MARTONEZ
SEDE DAGOBERTO SUAREZ FUENTES

CERTIFICA QUE:

La Dra. ERIKA PINTO, desarrollo la primera y segunda orientación de la estrategia "Soy Sonriente" en la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las practicas de cuidado y autocuidado en salud bucal, de la VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, los días 30 octubre y 14 de noviembre de 2024, respectivamente en los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024, lideradas por medio del Hospital Eduardo Arredondo Daza- HEAD.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los fines convenientes.

Valledupar, 20 de noviembre de 2024.

MIGUEL ANGEL HERRERA FERRER
COORDINADOR
IE JOSE EUGENIO MARTINEZ
SEDE DAGOBERTO FUENTE ZULETA

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: Estrategia Soy Sonriente

RESPONSABLE: Condiciones NO-Trasmisibles FECHA: 14-NOV-2024

LUGAR: Escuela Desiderio Fuentes

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Andrea Oñate		2	2	4	4	—		Estudiante	Andrea Oñate
2	Sebastian Salcedo		1	2	4	4	—		Estudiante	Sebastian S.
3	Shavid Jimenez		1	2	4	4			Estudiante	Shavid Jimenez
4	Juan David Quevedo		1	2	4	4	—		Estudiante	Juan Quevedo
5	Nicol Andrea Torres		2	2	4	4	—		Estudiante	Nicol Torres
6	Linda Pacheco		2	2	4	4	—		Estudiante	Linda Pacheco
7	Yhonet Nuñez R.		1	2	4	4	—		Estudiante	Yhonet Nuñez
8	Juan David Orozco		1	2	4	4	—		Estudiante	Juan Orozco
9	Yhon Beltz		1	2	4	4	—		Estudiante	Yhon Beltz
10	Gabriela Tuesta		2	2	4	4	—		Estudiante	Gabriela Tuesta
11	Sara Noriega		2	2	4	4	—		Estudiante	Sara Noriega
12	Shirleydis Orellana		2	2	4	4	—		Estudiante	Shirleydis
13	Melanny Delgado		2	2	4	4	—		Estudiante	Melanny Delgado
14	Yesica Ramirez		1	2	4	4	—		Estudiante	Yesica Ramirez
15	Samuel Martinez		1	2	4	4	—		Estudiante	Samuel Martinez
16	Dilan José Mendoza		1	2	4	4	—		Estudiante	Dilan Mendoza
17	Elimar Piña		1	2	4	4	—		Estudiante	Elimar Piña
18	Diego Bustamante		1	2	4	4	—		Estudiante	Diego Bustamante
19	Helen Maite Rios		2	2	4	4	—		Estudiante	Helen Rios
20	Valentina Orillano		2	2	4	4			Estudiante	Valentina.

*(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: Estrategia Soy Sonriente.

RESPONSABLE: Condiciónes No-Trasmisibles FECHA: 14-NOV-2024

LUGAR: Escuela Dagoberto Fuentes.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 28 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 28 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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	Walter Diaz		1	2	4	4	—		Estudiante	Walter Diaz
2	Isaac Rodriguez		1	2	4	4	—		Estudiante	Isaac Rodriguez
3	Neymar Nuñez		1	2	4	4	—		Estudiante	Neimar Nuñez
4	Alan Rosario		1	2	4	4	—		Estudiante	Alan Rosario
5	Paula Perez Yaime		2	2	4	4	—		Estudiante	Paula Perez
6	Abel Altamar		1	2	4	4	—		Estudiante	Abel Altamar
7	Salome Reino		2	2	4	4	—		Estudiante	Salome R.
8	Jorge contreras		1	2	4	4	—		Estudiante	Jorge contre
9	Luis Antonio Mendoza		1	2	4	4	—		Estudiante	Luis Mendoz
10	Ashley OSPino A.		2	2	4	4	—		Estudiante	Ashley OSPino
11	Dayerlin Torres		2	2	4	4	—		Estudiante	Dayerlin torres
12	Salome cortes R.		2	2	4	4	—		Estudiante	Salome cortes
13	Dayana Sofia Meza		2	2	4	4	—		Estudiante	Dayana Meza
14	Valery Torres		2	2	4	4	—		Estudiante	Valery torres
15	Ashley Perez		2	2	4	4	—		Estudiante	Ashley P.
16	Nataly Caraballo		2	2	4	4	—		Estudiante	Nataly Caldna
17	Monica Villalobo		2	2	4	4	—		Estudiante	Mon.ª villalobo
18	Mathio Alcazar		1	2	4	4	—		Estudiante	Mathio Alcazar
19	Esteban Castañeda		1	2	4	4	—		Estudiante	Esteban C.
20	Luisa Fernanda Acosta		2	2	4	4	—		Estudiante	Luisa Amado

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024-2027

PIC

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ERASMO ARREDONDO DIAZ E.S.E. Servicio con Calidad Humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ____ CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia Soy Sonriente.

RESPONSABLE: Condiciones NO-Trasmisibles FECHA: 14-NOV-2024

LUGAR: Escuela Dargoberto Fuentes.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD: (1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: (1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS)	VICTIMA: (1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS)	CONDICIONES: (1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE)	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Linda Sofia Pacheco		2	2	4	4	5		Estudiante	Linda Pacheco
2	Thael Sofia Beltran		2	2	4	4	5		Estudiante	Thael B.
3	Meredith Ariza		2	2	4	4	5		Estudiante	Meredith Ariza
4	Brayan Ayala		1	2	4	4	5		Estudiante	Brayan Ayala
5	Jesica Martinez		1	2	4	4	5		Estudiante	Jesica Martinez
6	Vizcaya Pacheco		2	2	4	4	5		Estudiante	Vizcaya P.
7	Edwar Perez		1	2	4	4	5		Estudiante	Edwar Perez
8	Reine Violeta Pinto		1	2	4	4	5		Estudiante	Reiny Pinto
9	Moises Pacheco		1	2	4	4	5		Estudiante	Moises P.
10	Luis Jose Mendoza		1	2	4	4	5		Estudiante	Luis Mendoza
11	Natali Nuñez		2	2	4	4	5		Estudiante	Natali Nuñez
12	Yeisy Cadiz		2	2	4	4	5		Estudiante	Yeisy C.
13	Estefany Toro		2	2	4	4	5		Estudiante	Estefany Toro
14	Nelly Lizarazo		2	2	4	4	5		Estudiante	Nelly L.
15	Yonnes Arrieta		1	2	4	4	5		Estudiante	Yonnes Arrieta
16	Yaider Hernandez		1	2	4	4	5		Estudiante	Yaider Hernandez
17	Valentina Reyes		2	2	4	4	5		Estudiante	Valentina R.
18	Mavici Angel Ceron		2	2	4	4	5		Estudiante	Mavici Ceron
19	Washirli Sofia Vega		2	2	4	4	5		Estudiante	Washirli V.
20	James Bilbao		1	2	4	4	5		Estudiante	James Bilbao

*(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

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ERASMO ARZUAGA DIAZ E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ____ CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia Soy Constante

RESPONSABLE: Condiciones NO - Transmisibles FECHA: 14-NOV-2024

LUGAR: Escuela Deodoro Fuentes.

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	Thalia Quiroz		2		4	4	—		Estudiante	Thalia Quiroz
2	Valey Pedroza		2		4	4	—		Estudiante	valey pedroza
3	Gabriela Rueda		2		4	4	—		Estudiante	Gabriela rueda
4	Nicol Beleño		1		4	4	—		Estudiante	Nicol Beleño
5	Yhoan Sodano		1		4	4	—		Estudiante	Yhoan S.
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.

INSTITUCION EDUCATIVA JESUS SIERRA URIBE SEGUNDA SECCION

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES										
LUGAR:	**INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA URIBE**			**FECHA**	12 DE NOVIEMBRE 2024		**HORA INICIO**	2:30PM			
							HORA FINAL	4:30PM			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	INFORMACION EN SALUD PARA LA ADOPCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- ESTRATEGIA SOY SONRIENTE										
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia Soy Sonriente, constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para poder dar cumplimiento a la actividad de "Se deben realizar 28 orientaciones en salud para estrategia Soy Sonriente entorno educativo saludable, con la participación de Docentes y Estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en la zona urbana. De acciones para la promoción del componente en salud oral, para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no trasmisibles en las Instituciones educativas programadas en el municipio de Valledupar", de la siguiente manera:

ARTICULACION DE LA ACTIVIDAD:

El jueves 12 de noviembre, a las 2:30 p.m., dio inicio la segunda orientación programada por la Estrategia Soy Sonriente, tras la concertación previa en la Institución Educativa Jesús Sierra Uribe, a cargo de su coordinador, **Fabio Fidel Fuente**. Se llevaron a cabo actividades lúdico-educativas con los grados 3°, 4° y 5° de primaria, con una participación aproximada de 44 alumnos, quienes se dividieron en dos grupos para recibir las charlas correspondientes.

SEGUNDA ORIENTACIÓN

ESTRATEGIA SONRISAS BRILLANTES

Preparativos y Presentación:

La actividad comenzó con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por el Rector, que fueron los salones de clases. Se prepararon materiales lúdico-educativos como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres, que siempre se utilizan como apoyo lúdico, y elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente propicio que facilitara el aprendizaje.

Con el equipo de trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), ya conocido por la Institución educativa, integrado por la odontóloga Erika Pinto y las auxiliares de enfermería Enith Ochoa y Marlyn Ramírez. Se explicó a los estudiantes como sería el desarrollo de la segunda sesión, informándoles que primero se llevaría a cabo un pre-test, el cual no sería una evaluación ni se calificaría. El objetivo del pre-test era medir sus conocimientos previos sobre el tema antes de la charla educativa.

Se explicó a los niños cómo completar el formulario del pre-test, que incluía su nombre, el nombre del colegio, el grado escolar y la fecha. Debido al grado de dificultad que presentaba para algunos niños, las auxiliares brindaron su apoyo para el registro de los datos.

Una vez que los estudiantes respondieron las preguntas del pre-test, se recolectaron los formularios y la odontóloga Erika Pinto dio inicio a la charla educativa."

Charla Educativa:

La charla se centró en temas CUIDANDO NUESTROS DIENTES Y NUESTRA SALUD, tales como:

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA DE LOS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS.

En tu boca viven pequeños bichitos llamados bacterias. Aunque no los podemos ver, están ahí todo el tiempo. Algunas de estas bacterias pueden hacer que tus dientes se pongan enfermos y hasta te den caries, que son agujeros en los dientes. Pero no te preocupes, ¡hay algo que puedes hacer! Si te cepillas los dientes con pasta dental, quitas a esos bichitos y evitas que te hagan daño. Además, el cepillado no solo limpia tus dientes, también cuida las encías, que son las partes blanditas y rosadas de tu boca. Las encías también necesitan estar fuertes y sanas para que tus dientes se mantengan en su lugar. Cepillarte bien todos los días es una manera fácil de tener una sonrisa bonita y saludable. ¿Te imaginas cómo se sentirían tus dientes si los cuidas como a un superhéroe?





¿CÓMO LO HACEMOS?

Para mantener tus dientes limpios y fuertes, es muy importante cepillarlos todos los días con pasta dental que tenga flúor. Debes cepillarte al menos dos veces al día: una vez cuando te levantas por la mañana, para empezar el día con una boca fresca, y otra antes de dormir, para que tus dientes descansen mientras tú duermes. El flúor ayuda a que tus dientes se mantengan fuertes y protegidos.

Pero, eso no es todo. También es importante usar hilo dental. El hilo dental es como un pequeño cuerito que te ayuda a limpiar los espacios entre tus dientes, esos lugares donde el cepillo no puede llegar. Si no usas hilo dental, las bacterias pueden quedarse en esos huequitos, causando problemas a largo plazo. Usar hilo dental es como darle un superpoder a tu cepillado, ayudando a que tu boca esté mucho más limpia y saludable.

TIEMPO DE CEPILLADO Y FRECUENCIA

"Es muy importante visitar al dentista 2 veces al año y no solo cuando tengas dolor. El dentista es como un superhéroe de los dientes. Él o ella revisan tu boca para asegurarse de que todo esté bien y que no haya problemas, como caries o dientes que se estén moviendo. Si encuentran algo que necesita cuidado, te dirán qué hacer para que tu sonrisa siga siendo brillante y

saludable. Además, si sigues las recomendaciones del dentista, tus dientes se mantendrán fuertes por mucho tiempo. ¡Es como tener a un experto que te ayuda a cuidar tus dientes para que siempre estén felices!"



IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Cuidar nuestros dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas como caries o dientes torcidos cuando crezcamos. Además, tener una sonrisa sana nos ayuda a sentirnos más seguros y felices.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD BUCAL?

La salud bucal en los niños es importante porque previene problemas como caries y dientes torcidos, ayuda a mantener una sonrisa bonita y fortalece la autoestima. Además, fomenta hábitos saludables que durarán toda la vida.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTROS DIENTES?



Esta pregunta es muy importante para los niños, especialmente por el alto consumo de azúcares. En muchas loncheras, lo que más se puede observar son mecatos y alimentos azucarados, los cuales pueden dañar los dientes. Comer más frutas y verduras, evitar los dulces y las bebidas azucaradas, y beber agua en lugar de refrescos ayuda a mantener los dientes sanos y fuertes. Además, es importante evitar el alcohol y el cigarrillo, ya que pueden dañar nuestros dientes y encías.

¿Qué es el flúor y cómo ayuda a nuestros dientes?

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.



Actividades Lúdicas: El Rompecabezas y el juego de los títeres

Al finalizar la charla, se realizaron varias actividades lúdicas para reforzar los aprendizajes de una manera divertida.

Hoy hicimos una actividad muy divertida sobre cómo cuidar nuestros dientes. ¡Hicimos un rompecabezas gigante

Primero, se utilizaron unas piezas de rompecabezas que tenían imágenes de cosas que usamos para cuidar nuestros dientes. Había piezas con un **cepillo de dientes**, **pasta dental con flúor**, **hilo dental**, y hasta una **manzana**. También había imágenes de cosas que no son buenas para nuestros dientes, como **dulces** y **refrescos**.

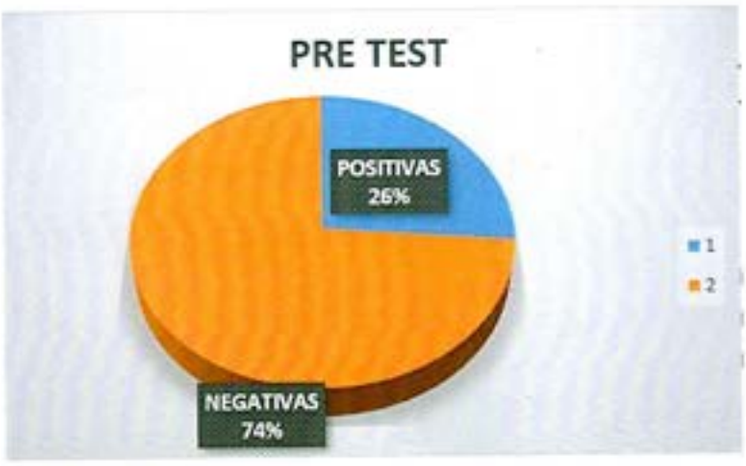
Comenzamos a armar el rompecabezas. Mientras poníamos cada pieza en su lugar, nos explicaban por qué era importante. Por ejemplo, cuando pusimos la pieza del **cepillo de dientes**, recordamos que es muy importante cepillarnos al menos dos veces al día. Luego, colocamos la pieza de la **pasta dental con flúor** y aprendimos que el flúor ayuda a que nuestros dientes sean más fuertes.

También hubo piezas con **hilo dental**, y nos dijeron que debemos usarlo para limpiar los lugares donde el cepillo no llega, como entre los dientes. Cuando vimos la pieza de la **manzana**, entendimos que comer frutas y verduras es muy bueno para nuestra salud bucal.

Después, pusimos las piezas de **dulces** y **refrescos**. Nos explicaron que, si comemos demasiados, pueden dañar nuestros dientes y causar caries. ¡Así que no es bueno comerlos todo el tiempo!

Siempre recurrimos a la estrategia de los títeres, representando al "diente malo" y al "diente bueno", con el fin de hacer la actividad más entretenida y fácil de comprender para los niños. Los títeres fueron clave para captar su atención y para transmitir de manera lúdica y visual la importancia de cuidar nuestros dientes. Gracias a esta representación, los niños pudieron identificar los hábitos correctos y los errores que afectan la salud dental, lo que facilitó la comprensión del tema de forma amena. Al final, armamos el rompecabezas y nos dimos cuenta de que mantener dientes sanos es sencillo si seguimos estos pasos. ¡Fue muy divertido aprender de esta manera!

ANALISIS GENERAL:



Según los resultados del pretest realizado y lo observado en el gráfico, se puede notar que en los grados 3°, 4° y 5° de primaria de la I.E. Jesús Sierra Uribe, el 74% de los estudiantes mostró un alto desconocimiento sobre los temas tratados en la segunda orientación, de acuerdo con el

análisis de los pretest. En cambio, el 26% de los alumnos respondió de manera positiva a las preguntas realizadas. En consecuencia, se continuará trabajando para mejorar la relación y comprensión de los temas, bajo la estrategia "SOY SONRIENTE" en la dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, con el objetivo de fomentar el cuidado de los dientes en los niños y niñas.

ANALISIS POS – TEST



A partir de los resultados obtenidos en el postest aplicado al finalizar la orientación y según lo observado en el gráfico, se puede concluir que el 84% de la población estudiantil de los grados 3°, 4° y 5° de primaria, evaluada en la Institución Educativa Jesús Sierra Uribe, respondió positivamente a las preguntas, lo que refleja un buen nivel de conocimientos adquiridos sobre la temática relacionada con la implementación de la estrategia "SOY SONRIENTE" en la dimensión de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. Por otro lado, el 16% de los estudiantes respondió negativamente, lo que resalta la necesidad de continuar trabajando, a través de la estrategia "SOY SONRIENTE", en el fomento del cuidado de la salud oral en los niños y niñas.

Análisis Comparativo Pretest y Postest

En el pretest, el 74% de los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de la I.E. Jesús Sierra Uribe mostró un alto desconocimiento sobre los temas tratados, mientras que solo el 26% respondió positivamente.

En el postest, el 84% respondió correctamente, reflejando una mejora significativa en los conocimientos sobre la salud oral y la estrategia "SOY SONRIENTE". Sin embargo, el 16% aún respondió negativamente, lo que indica la necesidad de continuar reforzando el tema.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024

ANALISIS CONSOLIDADO CUANTITATIVO PRE TEST, IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "SOY SONRIENTE"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA URIBE, GRADOS 3, 4 Y 5°,TOTAL EVALUADOS: 44

DIMENSIÓN	INSTITUCION EDUCATIVA	GRADO		PRE TEST	RESPUESTA		POS TEST	RESPUESTA	
					POSITIVA	NEGATIVA		POSITIVA	NEGATIVA
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLE S	I.E JESUS SIERRA URIBE	3,4 Y 5TO	1	Sabes cuantas veces debo cepillarme	2	42	Sabes cuantas veces debo cepillarme	27	17
			2	Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	3	41	Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	30	14
			3	Cuales crees que son las funciones de los dientes	11	33	Cuales crees que son las funciones de los dientes	42	2
			4	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	34	10	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	43	1
			5	Sabes que es la placa bacteriana	8	36	Sabes que es la placa bacteriana	42	2
TOTAL					58	162		184	36

CONCLUSIÓN:

Los resultados comparativos entre el pretest y el postest demuestran una mejora significativa en el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre los temas tratados en la estrategia "SOY SONRIENTE", específicamente en el cuidado de la salud oral. El incremento del 26% de respuestas positivas en el pretest al 84% en el postest evidencia que las actividades lúdico-educativas fueron efectivas para captar la atención de los estudiantes y mejorar su comprensión.

Sin embargo, el hecho de que un 16% de los estudiantes aún no haya alcanzado el nivel esperado de conocimiento señala que, aunque la estrategia fue exitosa, algunos aspectos del tema aún requieren ser reforzados. Esto sugiere que, para consolidar completamente los aprendizajes, sería beneficioso continuar con actividades complementarias y repasar ciertos conceptos clave de manera más detallada.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Erica Mato	
	Nombre:		
VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Fabio Fuentes		Fabio Fidel Fuentes

EL COORDINADOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JESUS SIERRA URIBE

CERTIFICA QUE:

La Dra. ERIKA PINTO, desarrolló la primera y segunda orientación de la estrategia "Soy Sonriente" en la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal, de la VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, los días 24 octubre y 12 de noviembre de 2024, respectivamente en los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024, lideradas por medio del Hospital Eduardo Arredondo Daza- HEAD.

Para mayor constancia se firma a los 13 días del mes de noviembre del 2024.

Dr. FABIO FIDEL FUENTES MEDINA
Coordinador sede JSU

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: Estrategia Soy Soriente

RESPONSABLE: condiciones NO-transmisibles FECHA: 12-NOV-2024

LUGAR: Escuela Jesús Sierra Uribe

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	Jhon Yoel Peña		1	2	4	4			Estudiante	Jhon Peña
2	Martin Yosl Ramos		1	2	4	4			Estudiante	Martin R.
3	Salome Ramos		2	2	4	4			Estudiante	Salome Ramos
4	Gabriela Perez		2	2	4	4			Estudiante	Gabriela Perez
5	Dulce Camargo		2	2	4	4			Estudiante	Dulce camargo
6	James Quintero		1	2	4	4			Estudiante	James Quintero
7	Robinson Alvarez		1	2	4	4			Estudiante	Robinson A.
8	Beisy Milagro		2	2	4	4			Estudiante	Beisy milagro
9	Anderson Camargo		1	2	4	4			Estudiante	Anderson C.
10	Melany Sofia M		2	2	4	4			Estudiante	melany sofia
11	Kamila Quintero		2	2	4	4			Estudiante	kamila Q.
12	Yosbep Romero		1	2	4	4			Estudiante	Yosbep Romero
13	Thalia Garcia		2	2	4	4			Estudiante	Thalia Garcia
14	Edmanuel Garcia		1	2	4	4			Estudiante	Edmanuel G.
15	Daniel Hernandez		1	2	4	4			Estudiante	Daniel Hernandez
16	Sergio Andres Mar		1	2	4	4			Estudiante	Sergio mar
17	Yosabeth Gamez		2	2	4	4			Estudiante	Yosabeth G.
18	Yulan Rodriguez		1	2	4	4			Estudiante	Yulan R.
19	Sara Alfaro		2	2	4	4			Estudiante	Sara Alfaro
20	Endes Estilen		1	2	4				Estudiante	Endes Estilen

*(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: Estrategia Soy Sonriente

RESPONSABLE: Condiciones No-Transmisibles FECHA: 12-NOV-2024

LUGAR: Jesus Pierra Uribe

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	Mathias David Cruz		1	2	4	4	—		Estudiante	
2	Elian David C.		1	2	4	4	—		Estudiante	Elian C.
3	Abraham		1	2	4	4	—		Estudiante	Abraham
4	Daimer Jimenez		1	2	4	4	—		Estudiante	Daimer J.
5	Siad Jimenez		1	2	4	4	—		Estudiante	Siad Jimenez
6	Luis Alberto Rojas		1	2	4	4	—		Estudiante	Luis Rojas
7	Kennel Orozco		1	2	4	4	—		Estudiante	Kennel O.
8	Laura Sofia Velez		2	2	4	4	—		Estudiante	Laura Sofia
9	Nitxy Tellez		2	2	4	4	—		Estudiante	Nitxy Tellez
10	Yondayme Nuñez		1	2	4	4	—		Estudiante	Yondayme N.
11	Luis Angel Lozano		1	2	4	4	—		Estudiante	Luis Angel L.
12	Deilman Correa		2	2	4	4	—		Estudiante	Deilman C.
13	Vaireth Pano		2	2	4	4	—		Estudiante	Vaireth O.
14	Salome Caro		2	2	4	4	—		Estudiante	Salome Caro
15	Juan Bermudez		1	2	4	4	—		Estudiante	Juan B.
16	Ashley Polo		2	2	4	4	—		Estudiante	Ashley Polo
17	Shariana Moreno		2	2	4	4	—		Estudiante	Shariana
18	Valentina Serrano		2	2	4	4	—		Estudiante	Valentina C.
19	Yander Fragoso		1	2	4	4	—		Estudiante	Yander Fragoso
20	Santiago Colmenares		1	2	4	4	—		Estudiante	Santiago Co

*(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: Estrategia Sol Sonriente

RESPONSABLE: Condiciones AD- Transmisibles FECHA: 12-NOV-2024

LUGAR: Jesus Sierra Uribe.

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	Gelen Olivo		2	2	4	4	—		Estudiante	Gelen Olivo
2	Samuel Barrios		1	2	4	4	—		Estudiante	Samuel Barrios
3	José Arrieta		1	2	4	4	—		Estudiante	José Arrieta
4	Samuel Ariza		1	2	4	4	—		Estudiante	Samuel Ariza
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.

INSTITUCION EDUCATIVA ESCUELA MIXTA CDV SEGUNDA SECCION

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES								
LUGAR:	ESCUELA MIXTA CDV			**FECHA**	**05 DE NOVIEMBRE 2024**		**HORA INICIO**	8:00AM	
							HORA FINAL	10:00AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				
TEMA:	INFORMACION EN SALUD PARA LA ADOPCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- ESTRATEGIA SOY SONRIENTE								
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia Soy Sonriente, constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para poder dar cumplimiento a la actividad de "Se deben realizar 28 orientaciones en salud para estrategia Soy Sonriente entorno educativo saludable, con la participación de Docentes y Estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en la zona urbana. De acciones para la promoción del componente en salud oral, para contribuir con la detección de las enfermedades crónicas no trasmisibles en las Instituciones educativas programadas en el municipio de Valledupar", de la siguiente manera:

ARTICULACION DE LA ACTIVIDAD:

El 05 de noviembre, a las 8:00 a.m., comenzó la segunda orientación, actividad programada por la dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, a través de la estrategia *Soy Sonriente*. Esta actividad se realizó en la Institución Educativa Escuela Mixta CDV, en colaboración con su coordinador, **César Rincón.** Estuvo dirigida a los estudiantes de los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, sumando un total de 58 alumnos.

SEGUNDA ORIENTACION

Preparativos y Presentación:

La actividad comenzó con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por el Rector, que fueron los salones de clases. Se prepararon materiales lúdico-educativos como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres, que siempre se utilizan como apoyo lúdico, y elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente propicio que facilitara el aprendizaje.

Con el equipo de trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), ya conocido por la Institución educativa, integrado por la odontóloga Erika Pinto y las auxiliares de enfermería Enith Ochoa. Se explicó a los estudiantes como sería el desarrollo de la segunda sesión, informándoles que primero se llevaría a cabo un pre-test, el cual no sería una evaluación ni se calificaría. El objetivo del pre-test era medir sus conocimientos previos sobre el tema antes de la charla educativa.

Se explicó a los niños cómo completar el formulario del pre-test, que incluía su nombre, el nombre del colegio, el grado escolar y la fecha. Debido al grado de dificultad que presentaba para algunos niños, las auxiliares brindaron su apoyo para el registro de los datos.

Una vez que los estudiantes respondieron las preguntas del pre-test, se recolectaron los formularios y la odontóloga Erika Pinto dio inicio a la charla educativa."

Charla Educativa:

La charla se centró en temas CUIDANDO NUESTROS DIENTES Y NUESTRA SALUD, tales como:

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA DE LOS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS.

En tu boca viven pequeños bichitos llamados bacterias. Aunque no los podemos ver, están ahí todo el tiempo. Algunas de estas bacterias pueden hacer que tus dientes se pongan enfermos y hasta te den caries, que son agujeros en los dientes. Pero no te preocupes, ¡hay algo que puedes hacer! Si te cepillas los dientes con pasta dental, quitas a esos bichitos y evitas que te hagan daño. Además, el cepillado no solo limpia tus dientes, también cuida las encías, que son las partes blanditas y rosadas de tu boca. Las encías también necesitan estar fuertes y sanas para que tus dientes se mantengan en su lugar. Cepillarte bien todos los días es una manera fácil de tener una sonrisa bonita y saludable. ¿Te imaginas cómo se sentirían tus dientes si los cuidas como a un superhéroe?





¿CÓMO LO HACEMOS?

Para mantener tus dientes limpios y fuertes, es muy importante cepillarlos todos los días con pasta dental que tenga flúor. Debes cepillarte al menos dos veces al día: una vez cuando te levantas por la mañana, para empezar el día con una boca fresca, y otra antes de dormir, para que tus dientes descansen mientras tú duermes. El flúor ayuda a que tus dientes se mantengan fuertes y protegidos.

Pero, eso no es todo. También es importante usar hilo dental. El hilo dental es como un pequeño cuerito que te ayuda a limpiar los espacios entre tus dientes, esos lugares donde el cepillo no puede llegar. Si no usas hilo dental, las bacterias pueden quedarse en esos huequitos, causando problemas a largo plazo. Usar hilo dental es como darle un superpoder a tu cepillado, ayudando a que tu boca esté mucho más limpia y saludable.

TIEMPO DE CEPILLADO Y FRECUENCIA

"Es muy importante visitar al dentista 2 veces al año y no solo cuando tengas dolor. El dentista es como un superhéroe de los dientes. Él o ella revisan tu boca para asegurarse de que todo esté bien y que no haya problemas, como caries o dientes que se estén moviendo. Si encuentran algo que necesita cuidado, te dirán qué hacer para que tu sonrisa siga siendo brillante y saludable. Además, si sigues las recomendaciones del dentista, tus dientes se mantendrán fuertes por mucho tiempo. ¡Es como tener a un experto que te ayuda a cuidar tus dientes para que siempre estén felices!"



IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Cuidar nuestros dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas como caries o dientes torcidos cuando crezcamos. Además, tener una sonrisa sana nos ayuda a sentirnos más seguros y felices.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD BUCAL?

La salud bucal en los niños es importante porque previene problemas como caries y dientes torcidos, ayuda a mantener una sonrisa bonita y fortalece la autoestima. Además, fomenta hábitos saludables que durarán toda la vida.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTROS DIENTES?



Esta pregunta es muy importante para los niños, especialmente por el alto consumo de azúcares. En muchas loncheras, lo que más se puede observar son mecatos y alimentos azucarados, los cuales pueden dañar los dientes. Comer más frutas y verduras, evitar los dulces y las bebidas azucaradas, y beber agua en lugar de refrescos ayuda a mantener los dientes sanos y fuertes. Además, es importante evitar el alcohol y el cigarrillo, ya que pueden dañar nuestros dientes y encías.

¿Qué es el flúor y cómo ayuda a nuestros dientes?

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.



Actividades Lúdicas: El Rompecabezas y el juego de los títeres

Al finalizar la charla, se realizaron varias actividades lúdicas para reforzar los aprendizajes de una manera divertida.

Hoy hicimos una actividad muy divertida sobre cómo cuidar nuestros dientes. ¡Hicimos un rompecabezas gigante

Primero, se utilizaron unas piezas de rompecabezas que tenían imágenes de cosas que usamos para cuidar nuestros dientes. Había piezas con un **cepillo de dientes**, **pasta dental con flúor**, **hilo dental**, y hasta una **manzana**. También había imágenes de cosas que no son buenas para nuestros dientes, como **dulces** y **refrescos**.

Comenzamos a armar el rompecabezas. Mientras poníamos cada pieza en su lugar, nos explicaban por qué era importante. Por ejemplo, cuando pusimos la pieza del **cepillo de dientes**, recordamos que es muy importante cepillarnos al menos dos veces al día. Luego, colocamos la pieza de la **pasta dental con flúor** y aprendimos que el flúor ayuda a que nuestros dientes sean más fuertes.

También hubo piezas con **hilo dental**, y nos dijeron que debemos usarlo para limpiar los lugares donde el cepillo no llega, como entre los dientes. Cuando vimos la pieza de la **manzana**, entendimos que comer frutas y verduras es muy bueno para nuestra salud bucal.

Después, pusimos las piezas de **dulces** y **refrescos**. Nos explicaron que, si comemos demasiados, pueden dañar nuestros dientes y causar caries. ¡Así que no es bueno comerlos todo el tiempo!

Siempre nos apoyamos en la estrategia de los títeres, representando al diente malo y al diente bueno, con el objetivo de hacer la actividad más divertida y fácil de entender para los niños. Los títeres ayudaron a captar la atención de los estudiantes y a explicar de manera lúdica y visual la importancia de cuidar nuestros dientes. A través de esta representación, los niños pudieron identificar los hábitos correctos y los errores comunes que dañan los dientes, lo que facilitó la comprensión del tema de forma amena y entretenida.

Al final, logramos armar el rompecabezas y nos dimos cuenta de que tener dientes sanos es fácil si seguimos estos pasos. ¡Fue muy divertido aprender de esta forma!

ANALISIS GENERAL:

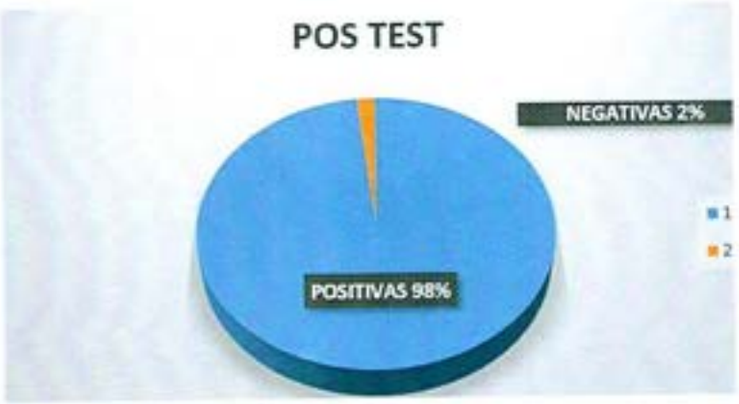


Con base a los resultados del pre-test realizado y de acuerdo con lo observado en el gráfico, se puede interpretar que el 54% de la población estudiantil de los grados 3, 4 y 5 de primaria de la Institución Educativa Mixta CDV respondió positivamente a las preguntas realizadas,

evidenciando un buen grado de conocimientos previos sobre la temática a trabajar en relación con la implementación de la Estrategia 'SOY SONRIENTE'.

Asimismo, se observó que el 46% de la población respondió negativamente, lo que indica que continuará trabajándose para mejorar su comprensión y relación con los temas a tratar bajo la estrategia 'SOY SONRIENTE', con el fin de fomentar el cuidado de los dientes en los niños y niñas."

ANALISIS POS – TEST



A partir de los resultados obtenidos en el postest aplicado al finalizar la orientación y según lo observado en el gráfico, se puede concluir que el 98% de la población estudiantil de los grados 3, 4 y 5 de primaria, evaluada en la Institución Educativa Mixta CDV, respondió positivamente a las preguntas, lo que refleja un buen nivel de conocimientos adquiridos sobre la temática relacionada con la implementación de la estrategia 'SOY SONRIENTE' en la dimensión 'VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES'.

Por otro lado, el 2% de los estudiantes respondió negativamente, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando, a través de la estrategia 'SOY SONRIENTE', en el cuidado de la salud oral en los niños y niñas.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024

ANALISIS CONSOLIDADO CUANTITATIVO PRE TEST, IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "SOY SONRIENTE"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA CDV, GRADOS 3, 4 Y 5°, TOTAL EVALUADOS:58

DIMENSIÓN	INSTITUCION EDUCATIVA	GRADO		PRE TEST	RESPUESTA			POS TEST	RESPUESTA	
					POSITIVA	NEGATIVA			POSITIVA	NEGATIVA
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	I.E CARLOTA LIHGA	3,4 Y 5TO	1	Sabes cuantas veces debo cepillarme	36	22		Sabes cuantas veces debo cepillarme	58	0
			2	Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	29	29		Señala que elementos hacen parte de nuestra higiene bucal	57	1
			3	Cuales crees que son las funciones de los dientes	35	23		Cuales crees que son las funciones de los dientes	57	1
			4	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	37	21		Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	56	2
			5	Sabes que es la placa bacteriana	21	37		Sabes que es la placa bacteriana	57	1
TOTAL					158	132			285	5

Página 1

CONCLUSIÓN:

En conclusión, al comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test, se observa una mejora significativa en el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre el cuidado de la salud bucal. Mientras que en el pre-test el 54% de los estudiantes respondió correctamente, en el post-test, el 98% de la población evaluada mostró un buen dominio de la temática relacionada con la implementación de la estrategia 'SOY SONRIENTE'. Esto demuestra que la orientación y actividades realizadas durante el proceso han tenido un impacto positivo y efectivo en el aprendizaje de los estudiantes. Sin embargo, el 2% de los estudiantes que aún respondió negativamente señala que debe continuarse trabajando para asegurar que todos los niños y

niñas comprendan y adopten los hábitos saludables para el cuidado de su salud oral

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







Anexo	Lista de asistencia		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Carla Pinto	
	Nombre:	Carla Pinto	
VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**	**Numero de Cedula**	**Firma**
	Cesar Rivero		Cesar Rivero.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO
JOSÉ EUGENIO MARTÍNEZ
Resolución de Aprobación No. 000838 de 18 de octubre de 2024
NIT: 800.090.099-5 Código DANE: 120001000018
DANE CDV 120001003271

A QUIEN INTERESE

El coordinador de la sede CDV hace constar que,

La señora ERIKA PINTO, desarrollo la primera y segunda orientacion de la estrategia "Soy Sonriente" en la promoción de salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud oral, de la VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, los dias 16 de octubre y 5 de noviembre de 2024 respectivamente, en los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024, lideradas por medio del Hospital Eduardo Arrendondo Daza - HEAD.

Para constancia se firma a los 5 dias del mes de noviembre de 2024.

MSc. César A. Rivero R.
COORDINADOR
IETJEM-CDV

MSc. CÉSAR AUGUSTO RIVERO RODRIGUEZ
Coordinador IETJEM-CDV

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

"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: Estrategia Gay Oriente

RESPONSABLE: Dimensión Convivencia No-Transmisible FECHA: 05/Noviembre/2024

LUGAR: Escuela Mixta C.D.V

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	Maifard Ballesteros		2	2	4	4	—		Estudiante	Maifard Ballesteros
2	Oscar Villegas.		1	2	4	4	—		Estudiante	Oscar Villegas
3	Alan Yesid Romero.		1	2	4	4	—		Estudiante	Alan romero
4	Ihan Cano.		1	2	4	4	—		Estudiante	Ihan Cano
5	Daniel Felipe Calvo.		1	2	4	4	—		Estudiante	Daniel calvo
6	Daniela Portus Mejia		2	2	4	4	—		Estudiante	Daniela Portus
7	Weiner Manuel Narvaez		1	2	4	4	—		Estudiante	Weiner Narvaez
8	Nicol Paola Acebedo.		2	2	4	4	—		Estudiante	Nicol acevedo
9	Nicol Amaya Garcia		2	2	4	4	—		Estudiante	Nicol amaya
10	Salome Castelles D		2	2	4	4	—		Estudiante	Salome Castelles
11	Cristian David Franco		1	2	4	4	—		Estudiante	Cristian Franco
12	Gabieth Jimenez.		2	2	4	4	—		Estudiante	Gabieth Jimenez
13	Salome Morillo.		2	2	4	4	—		Estudiante	Salome morrillo
14	Esther Pacha G.		2	2	4	4	—		Estudiante	Esther Pacha
15	Harvey Quintero.		1	2	4	4	—		Estudiante	Harvey Quintero
16	Cristian Suarez		1	2	4	4	—		Estudiante	Cristian Suarez
17	Jose Angel Castrillon		1	2	4	4	—		Estudiante	Jose Castrillon
18	Elian Silva Meneses		1	2	4	4	—		Estudiante	Elian Silva
19	Emanuel Flores		1	2	4	4	—		Estudiante	Emanuel Flores
20	Santiago Jimenez.		1	2	4	4	—		Estudiante	Santiago Jimenez

*(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: Estrategia Soy Sonriente

RESPONSABLE: Dimetinejigro NO - - Transmisible FECHA: 05/Nov/2024

LUGAR: Escuela Mixta C.D.V

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	Edwin Perez V		1	2	4	4	—		Estudiante	
2	Dañana Consuelo.		2	2	4	4	—		Estudiante	
3	Andres David Aguilar		1	2	4	4	—		Estudiante	
4	Nicoll Orozco.		1	2	4	4	—		Estudiante	
5	Marian Jimenez.		2	2	4	4	—		Estudiante	
6	Maria Pericles"		1	2	4	4	—		Estudiante	
7	Eduardo Ustariz.		1	2	4	4	—		Estudiante	
8	Genesis Valbuena.		2	2	4	4	—		Estudiante	
9	Shaira Del Valle		2	2	4	4	—		Estudiante	
10	Luis David Molina		1	2	4	4	—		Estudiante	
11	Matias Davalo.		1	2	4	4	—		Estudiante	
12	Isabela Santana.		2	2	4	4	—		Estudiante	
13	Amauris Mendoza.		1	2	4	4	—		Estudiante	
14	Alejandro Duran.		1	2	4	4	—		Estudiante	
15	Dilan Ustariz.		1	2	4	4	—		Estudiante	
16	Thiago Carrillo P.		1	2	4	4	—		Estudiante	
17	Andres Mejia.		1	2	4	4	—		Estudiante	
18	Daniela Rueda.		2	2	4	4	—		Estudiante	
19	Sofia Alvarado.		2	2	4	4	—		Estudiante	
20	Andres Cuello		1	2	4	4	—		Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ____ CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia Sol Sonriente

RESPONSABLE: Intervenciones No-Transmisible FECHA: 05/Nov/2024

LUGAR: Escuela Mixta C.D.V.

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	Samuel Bermudez		1	2	4	4	—		Estudiante	Samuel Bermudez
2	María Angel Hernandez		2	2	4	4	—		Estudiante	Maria Hernandez
3	Mariana Torres		2	2	4	4	—		Estudiante	Mariana torres
4	Karol Santiago A.		2	2	4	4	—		Estudiante	Karol Santiago
5	Jadir Vella Torres		1	2	4	4	—		Estudiante	Jadir torres
6	Samuel Javier D.		2	2	4	4	—		Estudiante	Samuel Javier
7	Valeri Cotez		1	2	4	4	—		Estudiante	Valeri Coto
8	Amir Bueno 6.		1	2	4	4	—		Estudiante	Amir Bueno
9	Samantha Hardin		2	2	4	4	—		Estudiante	Samanthan
10	Emiliano Simanca		1	2	4	4	—		Estudiante	Emiliano S.
11	Edixon Alvarado.		1	2	4	4	—		Estudiante	Edixon Alvarado
12	Emeli Torres		2	2	4	4	—		Estudiante	Emeli torres
13	Isabel Cristina Atencio.		2	2	4	4	—		Estudiante	Isabel atencio
14	Nicole Acebedo		2	2	4	4	—		Estudiante	Nicole acebedo
15	Isabel Ortiz		2	2	4	4	—		Estudiante	Isabel ortiz
16	David Oliveira		1	2	4	4	—		Estudiante	David oliveira
17	Albeiro Quintero.		1	2	4	4	—		Estudiante	Albeiro quintero
18	Isabel Olaya		2	2	4	4	—		Estudiante	Isabel olaya
19					4	4	—			
20					4	4	—			

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO
JOSÉ EUGENIO MARTÍNEZ
Resolución de Aprobación No. 000838 de 18 de octubre de 2024
NIT: 800.090.099-5 Código DANE: 120001000018
DANE CDV 120001003271

A QUIEN INTERESE

El coordinador de la sede CDV hace constar que,

La señora ERIKA PINTO. desarrollo la primera y segunda orientacion de la estrategia "Soy Sonriente" en la promoción de salud. desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud oral. de la VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES. los dias 16 de octubre y 5 de noviembre de 2024 respectivamente. en los grados tercero. cuarto y quinto de primaria. correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024. lideradas por medio del Hospital Eduardo Arrendondo Daza - HEAD.

Para constancia se firma a los 5 dias del mes de noviembre de 2024.

MSc. César A. Rivero R.
COORDINADOR
IETJEM-CDV

MSc. CÉSAR AUGUSTO RIVERO RODRIGUEZ
Coordinador IETJEM-CDV

INSTITUCION EDUCATIVA CASD MIXTA # 4 SEGUNDA SECCION

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES								
LUGAR:	INSTITUCION EDUCATIVA CASD MIXTA #4			**FECHA**	7 DE NOVIEMBRE 2024		**HORA INICIO**	7:30AM	
							HORA FINAL	09:30AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				
TEMA:	INFORMACION EN SALUD PARA LA ADOPCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE- ESTRATEGIA SOY SONRIENTE								
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia Soy Sonriente, constituyen en pilares fundamentales para la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal.								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para poder dar cumplimiento a la actividad de "Se deben realizar 28 orientaciones en salud para estrategia Soy Sonriente entorno educativo saludable, con la participación de Docentes y Estudiantes de instituciones educativas del municipio con ubicación en la zona urbana. De acciones para la promoción del componente en salud oral, para contribuir con la detección de la enfermedades crónicas no trasmisibles en las Instituciones educativas programadas en el municipio de Valledupar", de la siguiente manera:

ARTICULÀCION DE LA ACTIVIDAD:

El jueves 07 de noviembre, a las 7:30 a.m., comenzó la actividad programada por la dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, a través de la estrategia *Soy Sonriente*. Esta actividad se realizó en la Institución Educativa Escuela Mixta # 4, en colaboración con su **coordinadora, Karen Ruedas.** Estuvo dirigida a los estudiantes de los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, sumando un total de 57 alumnos.

SEGUNDA ORIENTACIÓN

ESTRATEGIA SONRISAS BRILLANTES

Preparativos y Presentación:

La actividad comenzó con la segunda sección, en un espacio adecuado proporcionado por el Rector, que fueron los salones de clases. Se prepararon materiales lúdico-educativos como diapositivas, pendones, rompecabezas, títeres, que siempre se utilizan como apoyo lúdico, y elementos decorativos relacionados con el tema, con el objetivo de crear un ambiente propicio que facilitara el aprendizaje.

Con el equipo de trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), ya conocido por la Institución educativa, integrado por la odontóloga Erika Pinto y las auxiliares de enfermería Enith Ochoa y Marlyn Ramírez. Se explicó a los estudiantes como sería el desarrollo de la segunda sesión, informándoles que primero se llevaría a cabo un pre-test, el cual no sería una evaluación ni se calificaría. El objetivo del pre-test era medir sus conocimientos previos sobre el tema antes de la charla educativa.

Se explicó a los niños cómo completar el formulario del pre-test, que incluía su nombre, el nombre del colegio, el grado escolar y la fecha. Debido al grado de dificultad que presentaba para algunos niños, las auxiliares brindaron su apoyo para el registro de los datos.

Una vez que los estudiantes respondieron las preguntas del pre-test, se recolectaron los formularios y la odontóloga Erika Pinto dio inicio a la charla educativa."

Charla Educativa:

La charla se centró en temas CUIDANDO NUESTROS DIENTES Y NUESTRA SALUD, tales como:

CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA DE LOS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS.

En tu boca viven pequeños bichitos llamados bacterias. Aunque no los podemos ver, están ahí todo el tiempo. Algunas de estas bacterias pueden hacer que tus dientes se pongan enfermos y hasta te den caries, que son agujeros en los dientes. Pero no te preocupes, ¡hay algo que puedes hacer! Si te cepillas los dientes con pasta dental, quitas a esos bichitos y evitas que te hagan daño. Además, el cepillado no solo limpia tus dientes, también cuida las encías, que son las partes blanditas y rosadas de tu boca. Las encías también necesitan estar fuertes y sanas para que tus dientes se mantengan en su lugar. Cepillarte bien todos los días es una manera fácil de tener una sonrisa bonita y saludable. ¿Te imaginas cómo se sentirían tus dientes si los cuidas como a un superhéroe?





¿CÓMO LO HACEMOS?

Para mantener tus dientes limpios y fuertes, es muy importante cepillarlos todos los días con pasta dental que tenga flúor. Debes cepillarte al menos dos veces al día: una vez cuando te levantas por la mañana, para empezar el día con una boca fresca, y otra antes de dormir, para que tus dientes descansen mientras tú duermes. El flúor ayuda a que tus dientes se mantengan fuertes y protegidos.

Pero, eso no es todo. También es importante usar hilo dental. El hilo dental es como un pequeño cuerito que te ayuda a limpiar los espacios entre tus dientes, esos lugares donde el cepillo no puede llegar. Si no usas hilo dental, las bacterias pueden quedarse en esos huequitos, causando problemas a largo plazo. Usar hilo dental es como darle un superpoder a tu cepillado, ayudando a que tu boca esté mucho más limpia y saludable.

TIEMPO DE CEPILLADO Y FRECUENCIA

"Es muy importante visitar al dentista 2 veces al año y no solo cuando tengas dolor. El dentista es como un superhéroe de los dientes. Él o ella revisan tu boca para asegurarse de que todo esté bien y que no haya problemas, como caries o dientes que se estén moviendo. Si encuentran algo que necesita cuidado, te dirán qué hacer para que tu sonrisa siga siendo brillante y saludable. Además, si sigues las recomendaciones del dentista, tus dientes se mantendrán fuertes por mucho tiempo. ¡Es como tener a un experto que te ayuda a cuidar tus dientes para que siempre estén felices!"



IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Cuidar nuestros dientes desde pequeños es muy importante para evitar problemas como caries o dientes torcidos cuando crezcamos. Además, tener una sonrisa sana nos ayuda a sentirnos más seguros y felices.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD BUCAL?

La salud bucal en los niños es importante porque previene problemas como caries y dientes torcidos, ayuda a mantener una sonrisa bonita y fortalece la autoestima. Además, fomenta hábitos saludables que durarán toda la vida.



¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGER NUESTROS DIENTES?



Esta pregunta es muy importante para los niños, especialmente por el alto consumo de azúcares. En muchas loncheras, lo que más se puede observar son mecatos y alimentos azucarados, los cuales pueden dañar los dientes. Comer más frutas y verduras, evitar los dulces y las bebidas azucaradas, y beber agua en lugar de refrescos ayuda a mantener los dientes sanos y fuertes. Además, es importante evitar el alcohol y el cigarrillo, ya que pueden dañar nuestros dientes y encías.

¿Qué es el flúor y cómo ayuda a nuestros dientes?

El flúor es una sustancia que ayuda a fortalecer el esmalte de los dientes y a prevenir las caries. Al usar pasta dental con flúor, proteges tus dientes de los daños causados por las bacterias y los ácidos de los alimentos. Esto mantiene tus dientes más fuertes y saludables.



Actividades Lúdicas: El Rompecabezas y el juego de los títeres

Al finalizar la charla, se realizaron varias actividades lúdicas para reforzar los aprendizajes de una manera divertida.

Hoy hicimos una actividad muy divertida sobre cómo cuidar nuestros dientes. ¡Hicimos un rompecabezas gigante

Primero, se utilizaron unas piezas de rompecabezas que tenían imágenes de cosas que usamos para cuidar nuestros dientes. Había piezas con un **cepillo de dientes**, **pasta dental con flúor**, **hilo dental**, y hasta una **manzana**. También había imágenes de cosas que no son buenas para nuestros dientes, como **dulces** y **refrescos**.

Comenzamos a armar el rompecabezas. Mientras poníamos cada pieza en su lugar, nos explicaban por qué era importante. Por ejemplo, cuando pusimos la pieza del **cepillo de dientes**, recordamos que es muy importante cepillarnos al menos dos veces al día. Luego, colocamos la pieza de la **pasta dental con flúor** y aprendimos que el flúor ayuda a que nuestros dientes sean más fuertes.

También hubo piezas con **hilo dental**, y nos dijeron que debemos usarlo para limpiar los lugares donde el cepillo no llega, como entre los dientes. Cuando vimos la pieza de la **manzana**, entendimos que comer frutas y verduras es muy bueno para nuestra salud bucal.

Después, pusimos las piezas de **dulces** y **refrescos**. Nos explicaron que, si comemos demasiados, pueden dañar nuestros dientes y causar caries. ¡Así que no es bueno comerlos todo el tiempo!

Siempre nos apoyamos en la estrategia de los títeres, representando al diente malo y al diente bueno, con el objetivo de hacer la actividad más divertida y fácil de entender para los niños. Los títeres ayudaron a captar la atención de los estudiantes y a explicar de manera lúdica y visual la importancia de cuidar nuestros dientes. A través de esta representación, los niños pudieron identificar los hábitos correctos y los errores comunes que dañan los dientes, lo que facilitó la comprensión del tema de forma amena y entretenida.

Al final, logramos armar el rompecabezas y nos dimos cuenta de que tener dientes sanos es fácil si seguimos estos pasos. ¡Fue muy divertido aprender de esta forma!

ANALISIS GENERAL:



A partir de los resultados obtenidos en el pre-test y de acuerdo con lo observado en el gráfico, se puede concluir que el 32% de los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de primaria de la Institución Educativa Mixta #4 respondió de manera positiva a las preguntas realizadas, lo que indica un buen nivel de conocimientos previos sobre la temática relacionada con la implementación de la Estrategia "SOY SONRIENTE". Sin embargo, se observó que el 68% restante de la población respondió negativamente, lo que sugiere que es necesario continuar trabajando en mejorar la comprensión y el vínculo de los estudiantes con los temas a abordar bajo esta estrategia, cuyo objetivo es fomentar el cuidado dental en los niños y niñas.

ANALISIS POS – TEST



Con base en los resultados obtenidos en el postest, aplicado al finalizar la orientación, y según lo observado en el gráfico, se puede concluir que el 98% de la población estudiantil de los grados 3°, 4° y 5° de primaria, evaluada en la Institución Educativa Mixta #4, respondió positivamente a las preguntas, lo que refleja un notable nivel de conocimientos adquiridos sobre la temática relacionada con la implementación de la estrategia "SOY SONRIENTE", dentro de la dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles. Por otro lado, el 2% de los estudiantes

respondió negativamente, lo que resalta la necesidad de continuar trabajando, a través de la estrategia "SOY SONRIENTE", en la promoción del cuidado de la salud oral entre los niños y niñas. Por otro lado, el 2% de los estudiantes respondió negativamente, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando, a través de la estrategia 'SOY SONRIENTE', en el cuidado de la salud oral en los niños y niñas.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024

ANALISIS CONSOLIDADO CUANTITATIVO PRE TEST, IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA "SOY SONRIENTE"

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA # 4 GRADOS 3, 4 Y 5°.TOTAL EVALUADOS:57

DIMENSIÓN	INSTITUCION EDUCATIVA	GRADO		PRE TEST	RESPUESTA			POS TEST	RESPUESTA	
					POSITIVA	NEGATIVA			POSITIVA	NEGATIVA
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIXTA # 4	3,4 Y 5TO	1	Sabes cuantas veces debo cepillarme	1	56		Sabes cuantas veces debo cepillarme	57	0
			2	Señala que alimentos hacen parte de nuestra higiene bucal	1	56		Señala que alimentos hacen parte de nuestra higiene bucal	56	1
			3	Cuales crees que son las funciones de los dientes	31	26		Cuales crees que son las funciones de los dientes	56	1
			4	Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	41	16		Que alimentos ayudan a cuidar mis dientes	56	1
			5	Sabes que es la placa bacteriana	16	41		Sabes que es la placa bacteriana	55	2
TOTAL					90	195			280	5

CONCLUSIÓN:

Al comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test, se observa una notable mejora en el nivel de conocimientos adquiridos por los estudiantes de los grados 3°, 4° y 5° de primaria de la Institución Educativa Mixta #4 en relación con la temática de la estrategia **"SOY SONRIENTE".**

En el pre-test, solo el 32% de la población evaluada respondió positivamente, lo que reflejaba un conocimiento limitado sobre los cuidados de la salud oral. Sin embargo, tras la implementación de la estrategia, los resultados del post-test muestran que un 98% de los estudiantes ahora demuestran un buen nivel de comprensión sobre la importancia de la higiene bucal y su relación con la salud en general.

Este cambio significativo en los resultados subraya la efectividad de la estrategia "SOY SONRIENTE" en la promoción de hábitos saludables, especialmente en el ámbito del cuidado dental. Aunque un pequeño porcentaje (2%) de los estudiantes aún no ha logrado una comprensión total, los resultados generales muestran un avance considerable que destaca el impacto positivo de la intervención educativa.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DIAZA E.S.E.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS





ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:** Erika Pinto		
	Nombre: Erika Pinto		
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Karen Ruidiaz.	—	Karen Ruidiaz

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASD SIMÓN BOLÍVAR
"Con educación, trabajo y amor construimos un CASD mejor"
APROBADA POR RESOLUCIÓN N° 000180 del 30 de marzo de 2023
EMANADA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
DANE: 120001069246 – NIT.800.031.434-8

LA COORDINADORA DE LA ESCUELA MIXTA No 4

CERTIFICA QUE:

La Dra. ERIKA PINTO, desarrolló la primera y segunda orientación de la estrategia "Soy Sonriente" en la promoción de la salud, desde acciones encaminadas a fortalecer las prácticas de cuidado y autocuidado en salud bucal, de la VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, los días 22 octubre y 7 de noviembre de 2024 respectivamente, en los grados tercero, cuarto y quinto de primaria, correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024, lideradas por medio del Hospital Eduardo Arredondo Daza- HEAD.

Para mayor constancia se firma a los 13 días del mes de noviembre de 2024.

Karen V. Rudas B.
KAREN VIVIANA RUDAS BOLAÑOS

CC 55223298

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: Estrategia Gov Sonriente

RESPONSABLE: Condiciones NO - Transmisibles. FECHA: 07/Nov/2024

LUGAR: C.A.S.D Nixta #4

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 (50 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	Hernando Martinez		1	2	4	4	1		Estudiante	Hernando Martinez
2	Jose Daniel Osorio		1	2	4	4	1		Estudiante	Jose Daniel
3	Sharell Bueno		2	2	4	4	1		Estudiante	Sharell Bueno
4	Danna Heros N.R.		2	2	4	4	1		Estudiante	Danna Heros
5	Daniel Herrera		1	2	4	4	1		Estudiante	Daniel Herrera
6	Jimena Bolaños		2	2	4	4	1		Estudiante	Jimena Bolaños
7	Joshuam Vargas		1	2	4	4	1		Estudiante	Joshua M.
8	Luna Naranjo		2	2	4	4	1		Estudiante	Luna Naranjo
9	Thiago Nieves		1	2	4	4	1		Estudiante	Thiago N.
10	Shalome Rios		2	2	4	4	1		Estudiante	Shalome Rios
11	Juan Atencio		1	2	4	4	1		Estudiante	Juan Atencio
12	Kimberly Manzano		2	2	4	4	1		Estudiante	Kimberly Manzano
13	Esteban Arias		1	2	4	4	1		Estudiante	Esteban Arias
14	Karoll Serrano		2	2	4	4	1		Estudiante	Karoll Serrano
15	Darwin Sierra		1	2	4	4	1		Estudiante	Darwin Sierra
16	Andres Barranco		1	2	4	4	1		Estudiante	Andres B.
17	Yaneth Perez		2	2	4	4	1		Estudiante	Yaneth Perez
18	Mathias Bello		1	2	4	4	1		Estudiante	Mathias B.
19	Luis Bermudez		1	2	4	4	1		Estudiante	Luis Bermudez
20	Edi Ochoa Nuñez		1	2	4	4	1		Estudiante	Edi Ochoa

*(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: Estrategia Soy Sonriente

RESPONSABLE: Condiciones NO-Transmisibles FECHA: 07/NOV/2024

LUGAR: C.A.S.D Mixta # 4

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 (60 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	Yuliana Novoa		2	2	5	2	1		Estudiante	Yuliana novoa
2	Mariana Ortiz		2	2	5	2	1		Estudiante	Mariana ortiz
3	Jesus Avila		1	2	5	2	1		Estudiante	Jesus Avila
4	Aranza Acosta		2	2	5	2	1		Estudiante	Aranza Acosta
5	Emanuel Tovar		1	2	5	2	1		Estudiante	Emanuel tovar
6	Mathias Carabali		1	2	5	2	1		Estudiante	Mathias Carabali
7	Daniel olaya		1	2	5	2	1		Estudiante	Daniel olaya
8	Isaac Sierra		1	2	5	2	1		Estudiante	Isaac Sierra
9	Jesus Yoani Pedraza		2	2	5	2	1		Estudiante	Jesus Aguilar
10	Maria Pedraza		2	2	5	2	1		Estudiante	Maria Pedraza
11	Mathias Jacome		2	2	5	2	1		Estudiante	Mathias J.
12	Jeidys Ramirez		2	2	5	2	1		Estudiante	Jeidys Alvarado
13	Luisa Lorena Nerea		2	2	5	2	1		Estudiante	Luisa Nerea
14	Thiago Molina		1	2	5	2	1		Estudiante	thiago M.
15	Maria Montaño		2	2	5	2	1		Estudiante	Maria M.
16	Angel Acevedo		1	2	5	2	1		Estudiante	angel acevedo
17	Isabella Mendoza		2	2	5	2	1		Estudiante	Isabella M.
18	Mathias Yair		1	2	5	2	1		Estudiante	Mathias B.
19	Luciana Diaz		2	2	5	2	1		Estudiante	Luciana Diaz
20	David Jacome		1	2	5	2	1		Estudiante	David Jacome

*(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: Estrategia Soy Soriente.

RESPONSABLE: Condiciones NO-transmisibles- FECHA: 07/Nov/2024

LUGAR: C.A.S.D Mixta # 4

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Luciana Gerra		2	2	4	4	—		Estudiante	Luciana Gerra
2	Yhosoe Lopez		1	2	4	4	—		Estudiante	Yhosoe L.
3	Sofia Nicol Gonzales		2	2	4	4	—		Estudiante	Sofia Gonzales
4	Isaac Hernandez		1	2	4	4	—		Estudiante	Isaac Hernandez
5	Maria Luca Mendoza		2	2	4	4	—		Estudiante	Maria Mendoza
6	Daniel Corzo		1	2	4	4	—		Estudiante	Daniel Corzo
7	Genesis Carillo		2	2	4	4	—		Estudiante	Genesis C.
8	Karoll Juliana		2	2	4	4	—		Estudiante	Karoll Juliana
9	Isabella Montoya		2	2	4	4	—		Estudiante	Isabella M
10	Miguel Ayala		1	2	4	4	—		Estudiante	Miguel Ayala
11	Yailen Delgado		2	2	4	4	—		Estudiante	Yailen Delgado
12	David Santiago B		1	2	4	4	—		Estudiante	David Bueno
13	Brianna Correa		2	2	4	4	—		Estudiante	Brianna C.
14	Aleen David Arango		1	2	4	4	—		Estudiante	Aleen Arango
15	Alix Barraza		1	2	4	4	—		Estudiante	alix Barraza
16	Juan David Reales		1	2	4	4	—		Estudiante	Juan Duran R
17	Daniel David Granados		1	2	4	4	—		Estudiante	Daniel G.
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - 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 PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024

FECHA DE EJECUCION: 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2024

					ACTIVIDADES EJECOTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS- Acumulado	VALOR TOTAL EJECUTADO - Acumulado	% DE EJECUCION ACUMULADO	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
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	$ 28.000.000,00	28	12	$ 12.000.000,00	43%	12	$ 12.000.000,00	27	$ 27.000.000	96%	1	$ 1.000.000,00	4%
TOTAL									$ 12'000.000						

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

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES PRIMERA ORIENTACION

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 3

(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 29 DE NOVIEMBRE 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 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 "CUÍDA TU CUERPO", "ENTORNO INTITUCIONAL GRADOS SEXTOS, SEPTIMO Y OCTAVO". Concertación con las cuatro (3) 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 CASIMIRO RAUL MAESTRE**
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVATECNICO JOSE EUGENIO MARTINEZ**
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO**

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 gànar"*.

Para la ejecución de esta estrategia en el mes de noviembre se desarrolló la primera orientación en tres (3) 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 CASIMIRO RAUL MAESTRE:** 7 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601, 602,603,604,701, 702, 703, 801,802, 803,804 de 7:00am a 11:00am.
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVATECNICO JOSE EUGENIO MARTINEZ:** 13 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601, 602, 701, 702, 801,802 de 2:00pm a 5:00pm.
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO:** 19 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601,602,603,604,605,606,607,608,701,702,703, 801,802,803,804,805, de 2:00pm a 5:00pm.

En cada orientación se informó sobre un tema especifico 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.

1. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASIMIRO RAUL MAESTRE

PREGUNTA N°1



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	182	168	350
POSTEST	334	16	350

La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,182 contestaron correctamente en el prestet y 334 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 168 contestaron incorrectamente en el prestet y 16 en el postets.

PREGUNTA N°2



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	216	134	350
POSTEST	331	19	350

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 331. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 134 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 19 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.

No entregado
Recibido en físico
falta 2

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 149 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 336.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo 201 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 14 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, 220 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 342. En el pretest, 130 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 8 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 189 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 335.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 161 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 135 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 344 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 215, cifra que se redujo significativamente a 6 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, 184 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 342.
Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 166 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 8 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, 154 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 339, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 196 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 11 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



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	147	203	350
POSTEST	341	9	350

En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 147 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 341 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, 303 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



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	174	176	350
POSTEST	334	16	350

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 174 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 334 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 176 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 16 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).

2. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO JOSE EUGENIO

PREGUNTA N°1



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	124	68	192
POSTEST	171	21	192

La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,124 contestaron correctamente en el prestet y 171 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 68 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, 148 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 176. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 44 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 16 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, 133 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 183.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo:59 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 9 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, 146 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 178. En el pretest, 46 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo

14 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 113 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 180.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 81participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 12 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 113 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 183 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 79, cifra que se redujo significativamente a 9 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

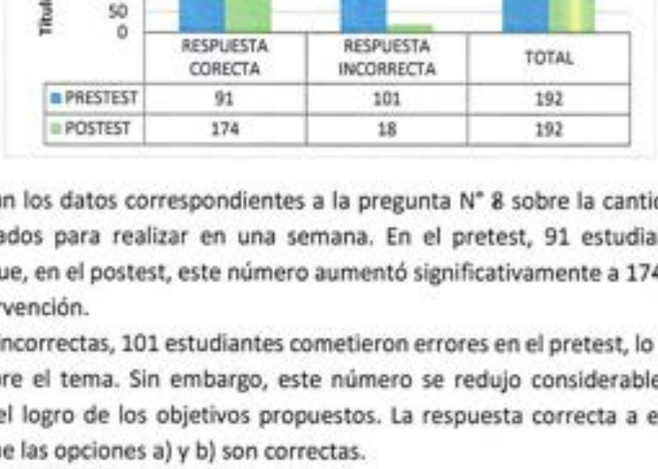


Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta N° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 102 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 170.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 90 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 22 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, 91 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 174, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 101 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 95 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 185 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, 97estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 7 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 77estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este

número aumentó notablemente a 172 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 115 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 20 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).

3. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCÁTIVA PEDRO CASTRO MONSALVO

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 412 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 335 contestaron incorrectamente en el prestet y 19 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, 36 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 419. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 395 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 12 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, 49 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 416.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo:382 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 15 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 405. En el pretest, 365 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 102 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 413.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 329 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 18 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 411 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 337, 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, 38 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 419.
Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 393 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 12 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, 143 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 421, lo que indica una mejora notable tras la intervención. En cuanto a las respuestas incorrectas, 288 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 10 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 121 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 421 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, 310 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 101 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 422 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 330 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 9 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 noviembre. En la primera orientación, realizada en el IE Casimiro Raúl maestre, IE Técnico José Eugenio, IE Pedro Castro Monsalvo, participaron 494 estudiantes del género femenino, 479 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.



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.



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 específica. 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 fílmico.
- 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 12 días del mes de diciembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Kely Peña Vigoya Referente Dimensión vida saludable y condiciones no trasmisibles
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. 3

(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 29 DE NOVIEMBRE 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 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 "JUEGA Y APRENDE".

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 2. ESTRATEGIA "CUIDA TU CUERPO", "ENTORNO INTITUCIONAL GRADOS SEXTOS, SEPTIMO Y OCTAVO". Concertación con las cuatro (9) 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:

- INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITAS
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALFONSO LOPEZ
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLA CORELCA
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASIMIRO RAUL MAESTRE
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO JOSE EUGENIO
- INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO
- INSTITUCIÓN EDUCATIVACONSUELO ARAUJO NOGUERA

Como inicial 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 "*JUEGA Y APRENDE*".

Para la ejecución de esta estrategia en el mes de noviembre se desarrolló la segunda orientación en nueve (9) 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 nueve orientaciones fueron realizadas en las siguientes fechas, grados y horarios así:

Segunda orientación:

1. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE:** 6 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601,602,603,604, 701,702,703,704 y los grados 801,802,803,804 de 7:00am a 10:00am.
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITAS:** 7 de noviembre de 2024, los grados 601,602,603,701,702,703,704, 801,802,803 de 6:00am a 10:00am.
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALFONSO LOPEZ**: 12 de noviembre de 2024, se intervino en los grados 601,602,603,605,606,607,701,702,703,704,801 802,803,804,805,806, de 6:00am a 11:00 am.
4. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR:** 12 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601,602,701,702,801,802,803, de 2:00 pm a 4:00 pm.
5. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLA CORELCA:** 19 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601,602,603,604,701,702,703,704, 801,802,803 de 6:00am a 11:00am.
6. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASIMIRO RAUL MAESTRE:** 22 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601, 602,603,604, 701, 702, 703,801,802, 803,804, de 7:00am a 11:00am.
7. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO JOSE EUGENIO:** 22 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601, 602, 701, 702, 801,802, de 8:00am a 11:00am.
8. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO:** 25 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601, 602, 603, 604, 605, 606,607,608,701, 702, 703,704,801,802,803,804, de 7:00am a 10:00am.

9. **INSTITUCIÓN EDUCATIVACONSUELO ARAUJO NOGUERA:** 25 de noviembre de 2024, se intervino los grados 601,602,603,604,605,701,702,703,704,705,706,801,802,803,804, de 2:00 pm a 5:00 pm.

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 postest con el objetivo evaluar los conocimientos adquiridos sobre los temas desarrollados.

Los temas abordados fueron los siguientes:

1. No consumo de alcohol, tabaco y consumo de sustancia psicoactiva (Socialización de derechos en salud, efectos nocivos del tabaco y sus derivados, incluyendo vapeadores, disponibilidad de demandar las acciones del programa para la cesación del consumo del tabaco y atención del tabaquismo).
2. Cuidado de la visión (, protección de rayos solares y de otras radiaciones como pantallas, uso de gafas protectoras, realización de ejercicios visuales para reducir la fatiga ocular, en las intervenciones a las que se tiene derecho en el marco del sistema, y los procesos para acceder a los servicios de salud)
3. 5.Reconocimiento de factores protectores y factores de riesgo, signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para su detección oportuna: HTA, diabetes, Infarto agudo de miocardio, Accidente cerebrovascular, entre otras,

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.

1. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE BELLO HORIZONTE

PREGUNTA N°1



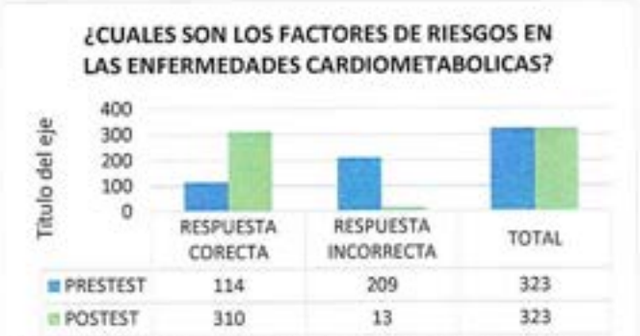
La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 199 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 304, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 124 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 19 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 114 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 310. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 209 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 13 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares. Los niveles elevados de colesterol y glucosa también contribuyen al deterioro de los vasos sanguíneos, promoviendo la formación de placas que obstruyen el flujo sanguíneo y aumentan el riesgo de infartos. La obesidad, por su parte, está estrechamente vinculada con la resistencia a la insulina y el desarrollo de diabetes tipo 2, lo que aumenta aún más el riesgo de enfermedades del corazón y otras complicaciones.

2. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE EDUARDO SUAREZ ORCASITAS

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 168 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 263, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 106 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 11 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 78 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 255. En cuanto a las respuestas incorrectas, 196 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 19 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 132 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest esta cifra aumentó considerablemente a 252.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 142 participantes cometieron errores, esta cifra disminuyo en el postest a 22. Cabe destacar que la

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 204 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 311. En cuanto a las respuestas incorrectas, 119 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 12 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 185 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest 303 aumento considerablemente. Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 138 participantes cometieron errores, y en el postets disminuyo a 20. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:

En el pretest, 157 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 301. En el pretest, 166 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 22 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación.

PREGUNTA N°5

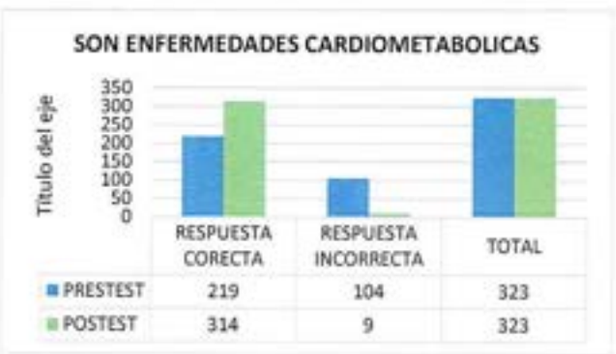


En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 139 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 305, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 184 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 148en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 219 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 314, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 104 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 9, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas

respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:

En el pretest, 166 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 261. En el pretest, 108 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 13 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

PREGUNTA N°5

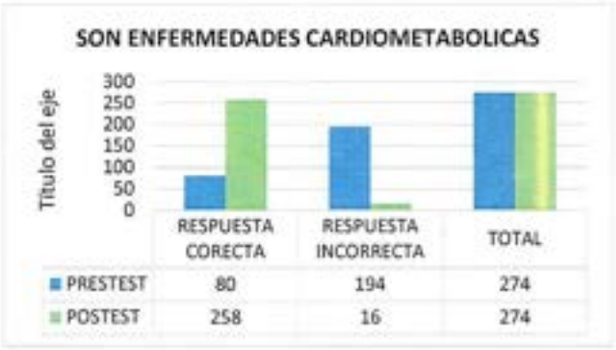


En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 158 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 254, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 116 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 20 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud.

PREGUNTA N°6

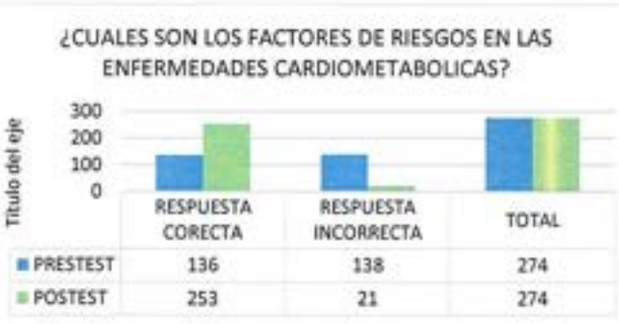


En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 80 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 258, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 196 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 16, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 136 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 253. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 138 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 21 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol.

La falta de actividad física y una dieta poco saludable, que no incluye suficientes frutas y vegetales, también son factores de riesgo importantes, ya que contribuyen a la obesidad y aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades metabólicas. El tabaquismo, además de ser un conocido factor de riesgo para enfermedades respiratorias, también tiene un impacto negativo en el sistema cardiovascular, ya que acelera la formación de placa en las arterias.

3. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE ALFONSO LOPEZ

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 298 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 415, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 139 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 22 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 231 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 411. En cuanto a las respuestas incorrectas, 206 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 26 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 241 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest esta cifra aumentó considerablemente a 409.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 196 participantes cometieron errores, cifra que disminuyó en el postest a 28. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados: En el pretest, 136 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 405. En el pretest, 301 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 32 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

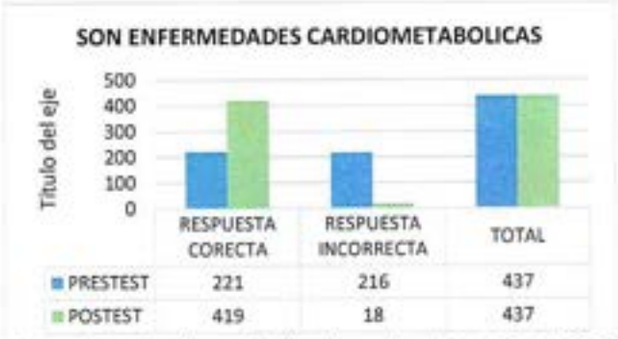
PREGUNTA N°5



En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 234 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera

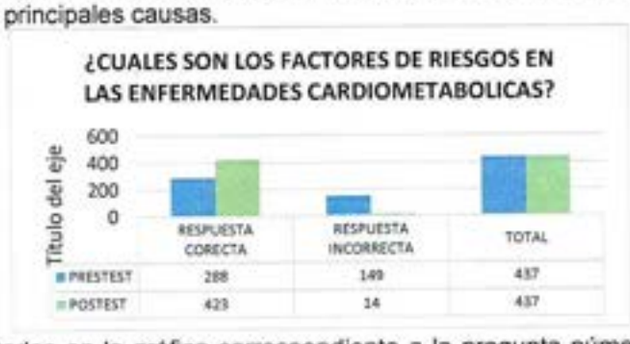
significativa a 413, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 113 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 24 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 221 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 419, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.
En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 216 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 18, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el

conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 288 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 423. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 149 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 14 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares.

4. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE TECNICO UPAR

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 121 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 202, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 97 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 16 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 149 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 207. En cuanto a las respuestas incorrectas,69 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 11 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la

salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 84 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest esta cifra aumentó considerablemente a 199.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 134 participantes cometieron errores, y en el postest esta cifra disminuyo notablemente a 19 respuesta incorrectos. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:

En el pretest, 77 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 209. En el pretest, 141 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 9 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta éra (a) puesto se referia a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

PREGUNTA N°5



En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 117 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 197, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 101 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 21 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 149 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 205, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 69 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 13, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo

comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

En resumen, los resultados obtenidos muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en el aprendizaje de los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, contribuyendo a una mayor conciencia sobre los riesgos que representan estas enfermedades y la importancia de llevar un estilo de vida saludable para prevenirlas. Este cambio en el conocimiento refuerza la relevancia de continuar implementando programas de educación en salud, para así fomentar una mayor prevención de enfermedades crónicas y mejorar el bienestar general de los estudiantes a largo plazo.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 94 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 207. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 124 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 11 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares. Los niveles elevados de colesterol y glucosa también contribuyen al deterioro de los vasos sanguíneos, promoviendo la formación de placas que obstruyen el flujo sanguíneo y aumentan el riesgo de infartos. La obesidad, por su parte, está estrechamente vinculada con la resistencia a la insulina y el desarrollo de diabetes tipo 2, lo que aumenta aún más el riesgo de enfermedades del corazón y otras complicaciones.

La falta de actividad física y una dieta poco saludable, que no incluye suficientes frutas y vegetales, también son factores de riesgo importantes, ya que contribuyen a la obesidad y aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades metabólicas. El tabaquismo, además de ser un conocido factor de riesgo para enfermedades respiratorias, también tiene un impacto negativo en el sistema cardiovascular, ya que acelera la formación de placa en las arterias.

5. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE VILLA CORELCA

PREGUNTA N°1



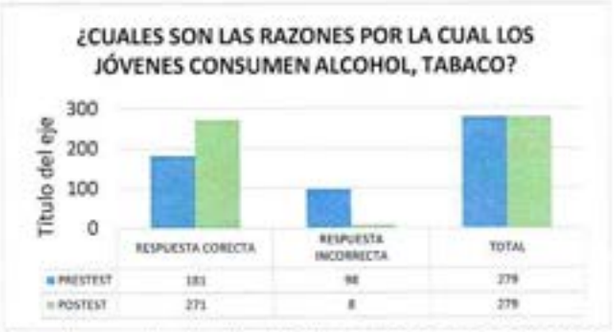
La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 215 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 270, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 64 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 9 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 171 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 268. En cuanto a las respuestas incorrectas, 108 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 11 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 181 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest eta cifra aumentó considerablemente a 271 respuestas correctas.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 98 participantes cometieron errores, esta cifra disminuyo a 8 respuestas incorrectas. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 170 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 264. En el pretest, 109 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 15 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

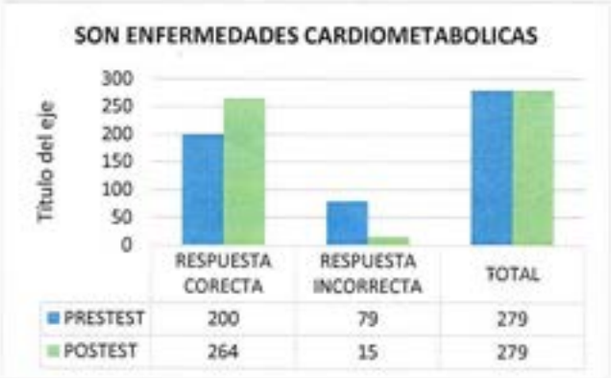
PREGUNTA N°5



En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 176 estudiantes

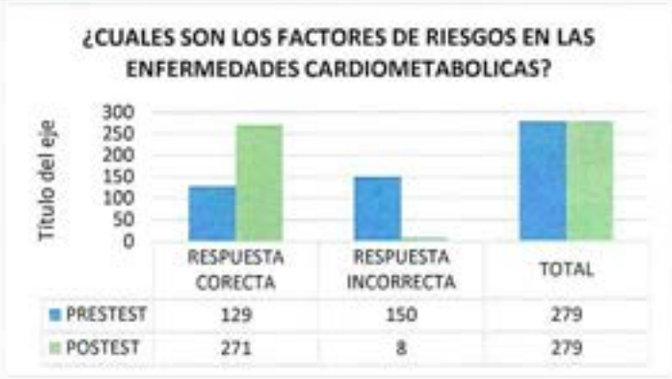
respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 262, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 103 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 17 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 200 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 264, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.
En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 79 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 15, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.
La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.
En resumen, los resultados obtenidos muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en el aprendizaje de los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, contribuyendo a una mayor conciencia sobre los riesgos que representan estas enfermedades y la importancia de llevar un estilo de vida saludable para prevenirlas.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 129 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 271. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 150 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 8 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares. Los niveles elevados de colesterol y glucosa también contribuyen al deterioro de los vasos sanguíneos, promoviendo la formación de placas que obstruyen el flujo sanguíneo y aumentan el riesgo de infartos. La obesidad, por su parte, está estrechamente vinculada con la resistencia a la insulina y el desarrollo de diabetes tipo 2, lo que aumenta aún más el riesgo de enfermedades del corazón y otras complicaciones.

6. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE CASIMIRO MAESTRE

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 131 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 192, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 69 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 8 lo hicieron en el postest,

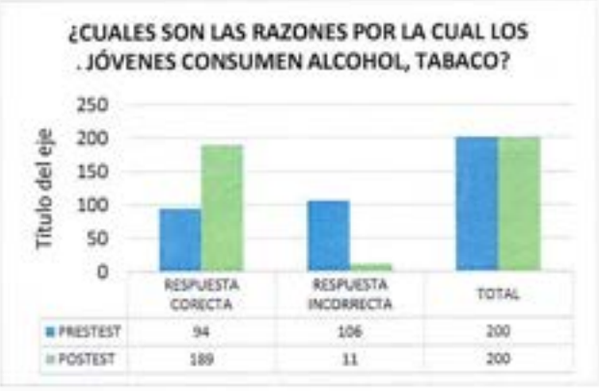
evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 114 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 185. En cuanto a las respuestas incorrectas, 86 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 15 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 94 participantes respondieron correctamente, mientras que en el pretest esta cifra aumentó considerablemente a 189.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 106 participantes cometieron errores, y en el postest esta cifra disminuyo a 11 respuestas incorrectas. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:

En el pretest, 70 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 179. En el pretest, 130 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 21 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

PREGUNTA N°5



En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 88 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 191, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 112 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 9 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud.
Estos resultados subrayan la efectividad de la intervención, destacando la importancia de educar a los estudiantes sobre los efectos adversos del uso desmedido de pantallas y promover la adopción de hábitos saludables, como la práctica de descansos regulares y la limitación del tiempo frente a los dispositivos electrónicos.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 99 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 184, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

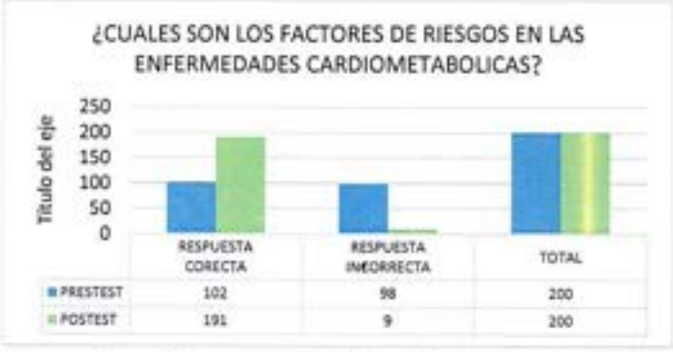
En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 101 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 16, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

En resumen, los resultados obtenidos muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en el aprendizaje de los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, contribuyendo a una mayor conciencia sobre los riesgos que representan estas enfermedades y la importancia de llevar un estilo de vida saludable para prevenirlas. Este cambio en el conocimiento refuerza la relevancia de continuar implementando programas de educación en salud, para así fomentar una mayor prevención de enfermedades crónicas y mejorar el bienestar general de los estudiantes a largo plazo.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 102 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 191. Este incremento en las

respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.
A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 98 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 9 estudiantes. Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares.

7. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE TECNICO JOSE EUGENIO

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 63 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 143, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 89 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 9 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 96 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 137. En cuanto a las respuestas incorrectas, 56 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 15 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos

resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 112 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest esta cifra aumentó considerablemente a 146.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 40 participantes cometieron errores y en el postest esta cifra disminuyo positivamente a 6 respuestas incorrectas. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados: En el pretest, 116 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 131. En el pretest, 36 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 21 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

PREGUNTA N°5



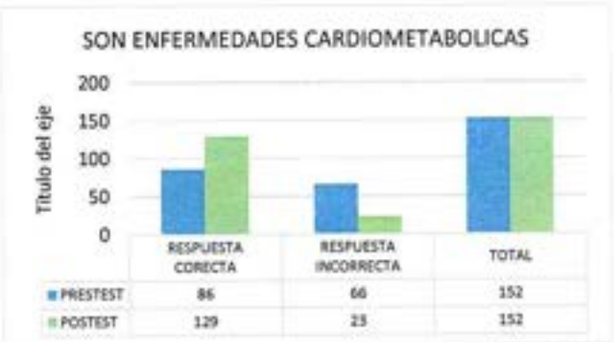
En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 111 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 141, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 41 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 11 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

Estos resultados subrayan la efectividad de la intervención, destacando la importancia de educar a los estudiantes sobre los efectos adversos del uso desmedido de pantallas y promover la adopción de hábitos saludables, como la práctica de descansos regulares y la limitación del tiempo frente a los dispositivos electrónicos. La mejora en los conocimientos adquiridos demuestra el éxito de la actividad en la sensibilización de los estudiantes sobre cómo proteger su salud en un mundo cada vez más digitalizado.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 86 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 129, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 66 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 23, lo que

evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas. Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 105 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 137. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 47 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 15 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares. Los niveles elevados de colesterol y glucosa también contribuyen al deterioro de los vasos sanguíneos, promoviendo la formación de placas que obstruyen el flujo sanguíneo y aumentan el riesgo de infartos. La obesidad, por su parte, está estrechamente vinculada con la resistencia a la insulina y el desarrollo de diabetes tipo 2, lo que aumenta aún más el riesgo de enfermedades del corazón y otras complicaciones.

8. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE PEDRO CASTRO MONSALVO

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 69 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 399, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 341 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 11 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 101 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 402. En cuanto a las respuestas incorrectas, 309 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 8 en el postest.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 306 participantes respondieron correctamente, mientras que esta cifra aumentó considerablemente en el postest a 398.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 204 participantes cometieron errores, y en el postest esta cifra disminuyo a 12. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, efecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados: En el pretest, 86 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 397. En el pretest, 1324 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 13 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

REGUNTA N°5

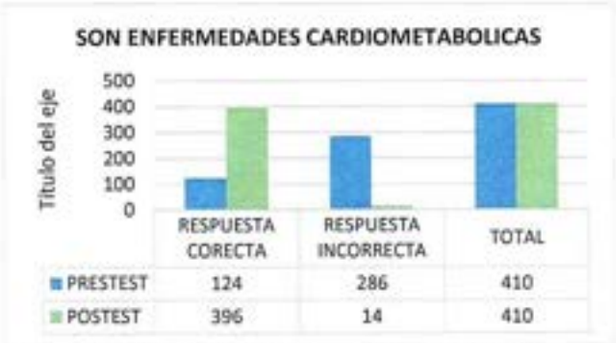


En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 68 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 400, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 342 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 10 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 124 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 396, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

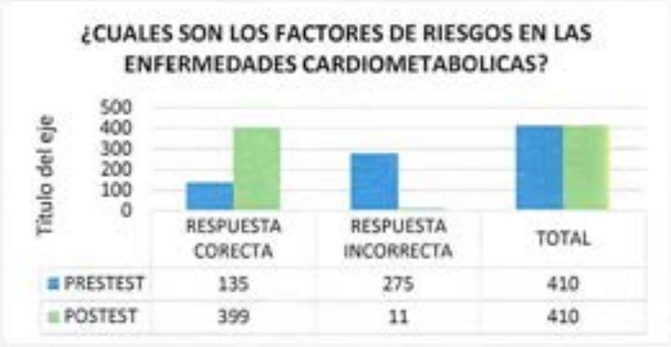
En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 286 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 14, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

En resumen, los resultados obtenidos muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en el aprendizaje de los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, contribuyendo a una mayor conciencia sobre los riesgos que representan estas enfermedades y la importancia de llevar un estilo de vida saludable para prevenirlas.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 135 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 399 Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 275 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 11 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol.

9. RESULTADOS PRETEST Y POSTEST IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA

PREGUNTA N°1



La pregunta número 1 hace referencia a las sustancias naturales o sintéticas que alteran el sistema nervioso central y producen efectos placenteros. En el pretest, 179 personas respondieron correctamente, mientras que, en el postest, la cifra aumentó a 255, lo que muestra una mejora significativa tras la intervención. La respuesta correcta a la pregunta incluye sustancias como el tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos y diluyentes. En el pretest, 86 personas respondieron incorrectamente, mientras que solo 10 lo hicieron en el postest, evidenciando una mejora notable en el conocimiento de lo estudiantes intervenidos en la segunda orientación.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta número 2, que aborda los efectos nocivos del alcohol, tabaco y sus derivados, incluidos los vapeadores, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 157 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 250. En cuanto a las respuestas incorrectas, 108 estudiantes cometieron errores en el pretest, pero esta cifra se redujo a solo 15 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (c) "todas las anteriores", ya que estos productos deterioran la salud, afectan el funcionamiento normal del cerebro, matan neuronas, disminuyen la calidad de vida, dañan el sistema digestivo, provocan inflamaciones y gastritis. Además, generan problemas en el entorno familiar y social, alteran el estado de ánimo, fomentan la violencia y alteran la percepción de la realidad, contribuyendo también a accidentes de tránsito y problemas en la escuela. Estos resultados evidencian una notable disminución en las respuestas incorrectas, lo que resalta la efectividad de la intervención en la población estudiantil.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención sobre las razones que llevan a los jóvenes a consumir alcohol y tabaco. En el pretest, 129 participantes respondieron correctamente, mientras que en el postest esta cifra aumentó considerablemente a 243. Por otro lado, las respuestas incorrectas también evidencian una mejora notable: en el pretest, 136 participantes cometieron errores y en el postest esta cifra disminuyo positivamente a 22. Cabe destacar que la respuesta correcta a esta pregunta correspondía a la opción (c) "todas las anteriores", ya que factores como el fácil acceso a las drogas, las normas sociales que promueven el consumo a través de la publicidad de alcohol, la presión. de grupo, y la influencia de padres que consumen tabaco y alcohol frente a sus hijos, así como el entorno familiar caracterizado por la violencia, la falta de valores, afecto y respeto, juegan un papel crucial.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, ¿que aborda cuales son los mecanismos utilizados para la protección de la radiación solar y para mantener una buena salud ocular o de los ojos, se pueden observar los siguientes resultados:

En el pretest, 94 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 248. En el pretest, 171 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 17 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era (a) puesto se refería a medidas de protección como el uso de gafas de sol, sombreros y ropa protectora, así como la recomendación de evitar la exposición al sol en las horas de máxima radiación. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención en la educación y concienciación de los estudiantes de la IE.

PREGUNTA N°5



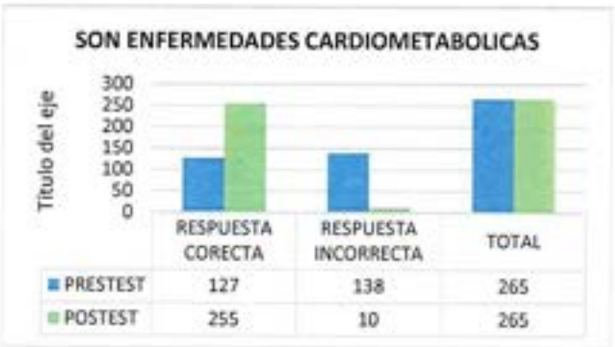
En la pregunta número 5, dirigida a los estudiantes sobre las consecuencias que puede tener en la salud la exposición prolongada a las pantallas, se obtuvieron en el pretest, solo 163 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó de manera significativa a 249, lo que indica una mejora considerable en el conocimiento sobre este tema. Este cambio positivo refleja el impacto de la intervención y el esfuerzo por sensibilizar a los estudiantes.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también muestran una mejora notable. En el pretest, 102 participantes cometieron errores en su respuesta, pero este número se redujo a tan solo 16 en el postest, lo que demuestra una comprensión más profunda de los efectos negativos de la exposición continua a pantallas.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (A), que señala que la exposición prolongada a las pantallas puede causar diversos problemas de salud. A nivel de la piel, puede producir despigmentación y envejecimiento prematuro, ya que la luz emitida por las pantallas contribuye al daño celular. A nivel ocular, el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede generar un deterioro progresivo de la visión, provocando fatiga ocular, sequía y otros trastornos como el síndrome de visión por computadora.

Estos resultados subrayan la efectividad de la intervención, destacando la importancia de educar a los estudiantes sobre los efectos adversos del uso desmedido de pantallas y promover la adopción de hábitos saludables, como la práctica de descansos regulares y la limitación del tiempo frente a los dispositivos electrónicos. La mejora en los conocimientos adquiridos demuestra el éxito de la actividad en la sensibilización de los estudiantes sobre cómo proteger su salud en un mundo cada vez más digitalizado.

PREGUNTA N°6



En relación con la pregunta realizada a los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, los resultados reflejados en la gráfica muestran una mejora considerable en el conocimiento de los participantes, lo que evidencia la efectividad de la intervención. En el pretest, solo 127 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a

255, lo que indica un avance sustancial en la comprensión del tema tras la intervención educativa. Este cambio refleja el impacto positivo de las orientaciones realizadas, las cuales ayudaron a los estudiantes a identificar y comprender.

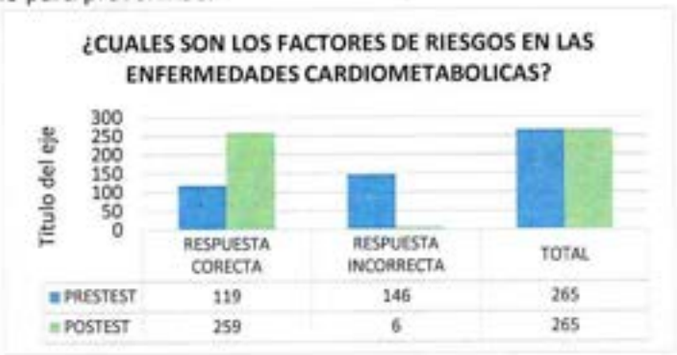
En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 138 estudiantes cometieron errores al responder la pregunta, lo que muestra que al inicio existía un desconocimiento considerable sobre el tema. Sin embargo, después de la intervención, este número se redujo significativamente a solo 10, lo que evidencia una mejora drástica en la comprensión de la materia. Esta disminución en las respuestas incorrectas pone de manifiesto que los estudiantes ahora tienen una mejor comprensión de los riesgos y las características de las enfermedades cardiovasculares.

La respuesta correcta a esta pregunta era la opción (b), que menciona tres de las enfermedades cardiometabólicas más relevantes: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes. Estas condiciones están estrechamente relacionadas entre sí y suelen compartir factores de riesgo comunes, como la obesidad, la falta de ejercicio físico, una dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el estrés crónico. Además, el aumento de la presión arterial, los niveles altos de glucosa en sangre y los problemas cardiovasculares son algunos de los principales indicadores de estas enfermedades, las cuales representan una de las principales causas.

Este aumento en las respuestas correctas y la disminución de las incorrectas evidencian no solo un cambio en el conocimiento de los estudiantes, sino también una mayor conciencia sobre la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir estas enfermedades.

En resumen, los resultados obtenidos muestran que la intervención tuvo un impacto positivo en el aprendizaje de los estudiantes sobre las enfermedades cardiometabólicas, contribuyendo a una mayor conciencia sobre los riesgos que representan estas enfermedades y la importancia de llevar un estilo de vida saludable para prevenirlas.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta número 7, que aborda los factores de riesgo en las enfermedades cardiometabólicas, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, solo 119 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó considerablemente a 259. Este incremento en las respuestas correctas demuestra un avance importante en la comprensión de los estudiantes sobre los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiometabólicas.

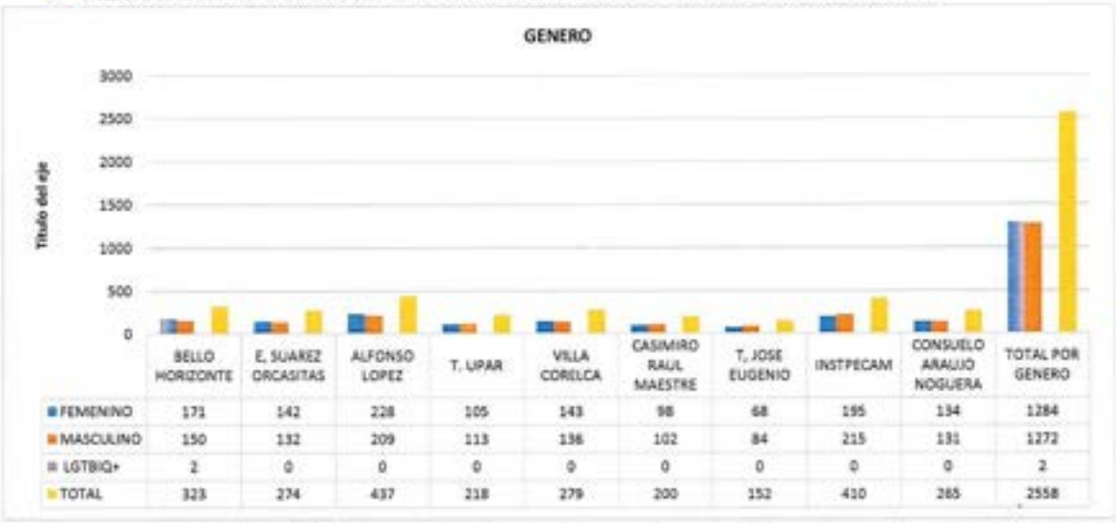
A su vez, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 146 estudiantes respondieron incorrectamente, cifra que disminuyo notablemente a solo 6 estudiantes.

Es relevante señalar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c), que incluye todos los factores mencionados en las otras opciones, los cuales son fundamentales para la prevención de enfermedades como la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Estos factores de riesgo comprenden la presión arterial alta, los altos niveles de colesterol. Cada uno de estos factores juega un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiometabólicas, especialmente en la medida que las personas envejecen. La presión arterial alta, por ejemplo, daña las arterias y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares.

La falta de actividad física y una dieta poco saludable, que no incluye suficientes frutas y vegetales, también son factores de riesgo importantes, ya que contribuyen a la obesidad y aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades metabólicas. El tabaquismo, además de ser un conocido

factor de riesgo para enfermedades respiratorias, también tiene un impacto negativo en el sistema cardiovascular, ya que acelera la formación de placa en las arterias.

- **RESULTADOS PRETEST CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**



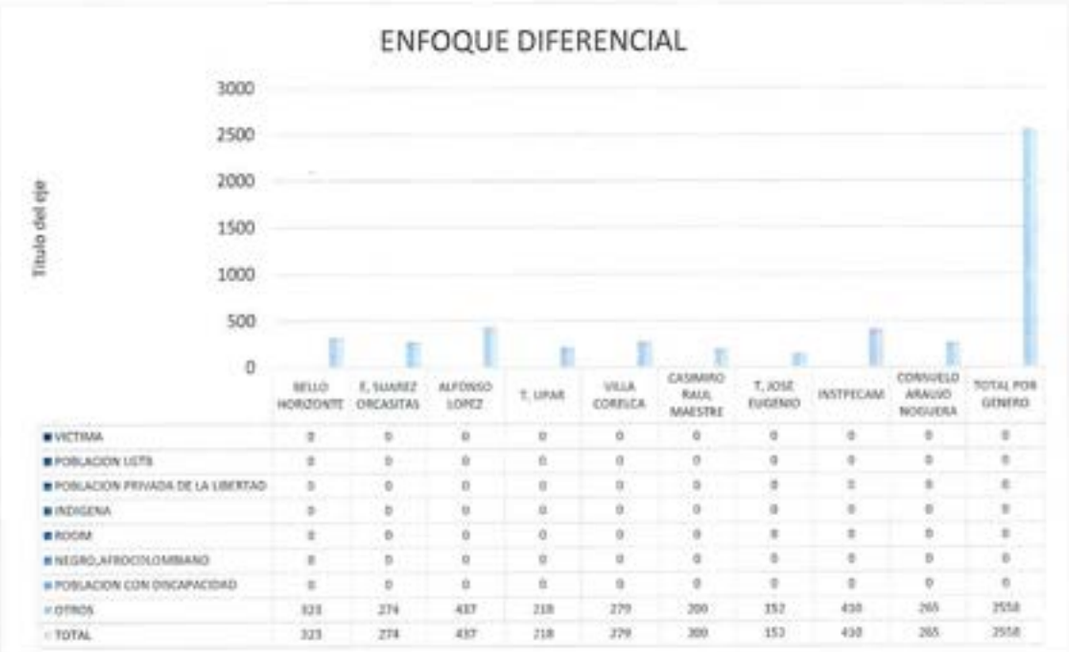
	BELLO HORIZONTE	E, SUAREZ ORCASITAS	ALFONSO LOPEZ	T. UPAR	VILLA CORELCA	CASIMIRO RAUL MAESTRE	T, JOSE EUGENIO	INSTPECAM	CONSUELO ARAUJO NOGUERA	TOTAL POR GENERO
FEMENINO	171	142	228	105	143	98	68	195	134	1284
MASCULINO	150	132	209	113	136	102	84	215	131	1272
LGTBIQ+	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	323	274	437	218	279	200	152	410	265	2558

La gráfica presenta la distribución por género en las nueve instituciones educativas intervenidas durante el mes de noviembre. En la segunda orientación realizada en el IE bello horizonte, IE Eduardo Suarez Orcasitas, IE Alfonso López, Técnico Upar, IE villa Corelca, IE Casimiro Raúl maestre, IE técnico José eugenio, IE Pedro Castro Monsalvo, y IE consuelo Araujo noguera, se registraron 1284 estudiantes del género femenino, 1272 del género masculino y 2 de la comunidad LGTBIQ+. De estos datos, se puede concluir que la mayoría de los asistentes son del género femenino.



	BELLO HORIZONTE	E, SUAREZ ORCASITAS	ALFONSO LOPEZ	T. UPAR	VILLA CORELCA	CASIMIRO RAUL MAESTRE	T, JOSE EUGENIO	INSTPECAM	CONSUELO ARAUJO NOGUERA	TOTAL POR GENERO
Primera Infancia - 0 a 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infancia - 6 a 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adolescencia - 12 a 17	323	274	437	218	279	200	152	410	265	2558
Juventud - 18 a 28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adultez - 29 a 59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vejes 60 años y mas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	323	274	437	218	279	200	152	410	265	2558

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.



	BELLO HORIZONTE	E. SUAREZ ORCASITAS	ALFONSO LOPEZ	T. URIBE	VILLA CORELCA	CASIMIRO RAUL MAESTRE	T. JOSE EUGENIO	INSTPECAM	CONSUELO ARAUJO NOGUERA	TOTAL POR GENERO
VICTIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POBLACION LGTB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INDIGENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROOM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEGRO,AFROCOLOMBIANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POBLACION CON DISCAPACIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	323	274	437	218	279	300	152	430	265	2558
TOTAL	323	274	437	218	279	300	152	430	265	2558

En relación con el enfoque diferencial, la siguiente gráfica revela que la población intervenida se clasifica como "otros", lo que indica que no pertenece a ninguna etnia especifica.

CONCLUSIONES

La capacitación de los adolescentes de los grados sexto, séptimo y octavo sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol, así como el cuidado de la visión y el conocimiento de los factores protectores y de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, es fundamental. para promover su salud integral. Estos años son clave en el desarrollo de hábitos y conductas que influirán en su bienestar a lo largo de la vida. Al brindarles información adecuada y estrategias preventivas, se fomenta una toma de decisiones más consciente y responsable. Además, se les proporciona herramientas para identificar y enfrentar los factores de riesgo que podrian afectar su salud, mientras refuerzan la importancia de mantener prácticas saludables. De esta manera, se contribuye a la formación de una generación más informada, resiliente y capaz de tomar decisiones que protejan su salud y prevengan problemas futuros relacionados con el consurho de sustancias psicoactivas.

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 12 días del mes de diciembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Kely Peña Vigoya Referente vida saludable y condiciones no trasmisibles 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

PLANEACION METODOLOGICA PRIMERA ORIENTACION

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
KELY DULFAY PEÑA VGOYA	**COMUNA 4.** ✓ INSTITUCION EDUCATIVA CASIMIRO RAUL MAESTRE ✓ INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO JOSE EUGENIO MARTINEZ COMUNA 5 ✓ INSTITUCION EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO	ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO	DEL 7,13 Y 19 DE NOVIEMBRE DE 2024

LOGROS:

- Conocer los grupos de alimentos (frutas, verduras, granos) y sus aportes nutricionales, de igual manera compararlos con los alimentos ultra procesados, en la población estudiantil a intervenir.
- Fortalecer el conocimiento de la comunidad educativa sobre el promover el autocuidado y Estilo de vida saludable vida saludable (Alimentación saludable, actividad física y la movilidad activa.
- Transformación positiva de los entornos educativos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables.

CONTENIDO:	RECURSOS:
1. Presentación del equipo 2. Palabras de bienvenida 3. Oración al creador 4. Actividad rompe hielo	➢ 1 pendón. ➢ 25 ula ula ➢ 15 conos ➢ 30 penachos

5. Realización de pre test antes de presentar las temáticas. 6. Desarrollo de la actividad lúdica educativa "CORRE PARA GANAR" 7. Conclusiones del tema 8. Aplicación del Post Test. 9. Palabras de agradecimiento y cierre.	➢ 1 caja grande decorativa ➢ 15 figuras alusivas a hábitos saludables, Hábitos No saludables e importancia de ejercitarse. ➢ 170 lista de asistencia ➢ actas ➢ 3360 pretest y postest ➢ 4 asistentes de Logística ➢ Sonido ➢ Micrófono

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

- Se realiza la bienvenida a los asistentes, luego los invitaremos a colocarse cómodos para comenzar nuestro encuentro con una oración a Dios, respetando sus creencias.
- Se da inicio a la actividad con la presentación del equipo encargado de dirigir la estrategia estilos vida saludable y enfermedades no transmisibles, posteriormente se socializará el objetivo los cuales abordarán la alimentación saludable, actividad física y la movilidad activa, lo que impacta en la comunidad educativa al ponerlos en práctica.
- Seguidamente se realizará una actividad rompe hielo, mediante la canción **"Pez Tiburón"** los participantes cantarán e imitarán todo lo que haga el monitor. https://youtu.be/F8sFFTJgyqw?si=mk4etSktnSWO3x5D. Esto con el fin de motivarlos a estar atentos y participativos en las actividades planeadas.

- Posteriormente de manera organizada con cada uno de los grados se aplicará un test donde se evaluará los conocimientos previos que tienen los asistentes en referencia a los hábitos de vida saludables a tratar, para el desarrollo de este se leerán las preguntas contenidas en el pre tes con el fin de que tengan claridad a la hora de responder.
- En el desarrollo de la estrategia 4x4 se aplicará la actividad lúdica educativa "CORRE PARA GANAR", esta consiste en armar 3 grupos de 5 participantes uno grupo por cada grado (6, 7 y 8), donde cada participante va a tomar de una caja sorpresa una figura representativa de los hábitos saludables a trabajar para participar en cada ronda, esta figura será alusiva a (1. Alimentación saludable, 2. actividad física y la movilidad activa,). Posteriormente a ello estarán ubicándose en un punto de salida para iniciar una carrera con obstáculos y luego llegaran a la macro cartelera saludable, donde encontraran la ubicación de la figura tomada en el punto de salida, al finalizar se debe colocar todas las figuras las cuales serian 5 por cada grupo, donde el que llegue primero con su figura acumulará 3 puntos, el que llega 2 acumula 2 puntos y el ultimo 1 punto, esto se repetirá con 5 ocasiones al final del ejercicio; posteriormente los participante pasan al frente de la cartelera , al lado de la figura que colocaron , donde en ella encontraran información sobre los hábitos a los que representan, darán lectura en voz alta a los asistentes sobre la pregunta y respuesta, la cual llevara al análisis y reflexión de la respuesta generada.

DESARROLLO DEL TEMA.

HABITOS SALUDABLES:

son los Hábitos y costumbres que cada persona realiza para lograr un desarrollo y un bienestar, sin atentar contra sí mismo, dentro de este contexto los hábitos que se debemos aplicar en nuestra vida son alimentación saludables, actividad física, No consumo de alcohol, tabaco y consumo de sustancia psicoactiva, Cuidado de la visión, conocer los de factores protectores y factores de riesgo, signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para su detección oportuna: HTA, diabetes, Infarto agudo de miocardio, el objetivo principal es que conozcan como evitar problemas de salud y aprendan a controlar posibles situaciones de riesgo

ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Una alimentación saludable significa que aporta todos los nutrientes importantes y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. ¿Y cuáles son esos nutrientes esenciales?, pues son: las proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua.

Una alimentación completa y equilibrada 1. mantiene la salud, 2. previene enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, 3. proporciona los nutrientes necesarios para que el organismo funcione correctamente, 4. Mejora de la digestión y la función intestinal, 5. conservar un estado físico saludable.

GRUPOS DE ALIMENTOS PARA INCLUIR EN UNA DIETA SALUDABLE.

- **Las frutas y verduras** son ricas en vitaminas, minerales y antioxidantes que fortalecen el sistema inmunológico y previenen enfermedades. Además, son una fuente importante de fibra que favorece el buen funcionamiento del sistema digestivo.

- **Los cereales y granos** proporcionan energía a largo plazo debido a su contenido de carbohidratos complejos. Estos alimentos son la base de una alimentación saludable y deben consumirse en su versión integral para aprovechar todos sus beneficios.

- **Las proteínas** son esenciales para el desarrollo y mantenimiento de los tejidos. Se pueden encontrar en alimentos como la carne, el pescado, los huevos, las legumbres y los frutos secos. Es importante variar las fuentes de proteínas para asegurar una ingesta completa de aminoácidos esenciales.

- **Los lácteos** son una fuente importante de calcio y vitamina D, nutrientes necesarios para mantener huesos y dientes fuertes.

ACTIVIDAD FISICA

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía. Por ejemplo, caminar, tomar las escaleras e incluso limpiar la casa puede considerarse actividad física.

Las personas que son físicamente activas y tienen un peso saludable viven aproximadamente siete años más que aquellas que no están activas y tienen sobrepeso..

BENEFICIOS

- **Controla tu peso:** La dieta y la actividad física juegan un papel importante en el control de tu peso. El sobrepeso ocurre cuando las calorías que quemas son menores a las que consumes.
- **Reducir el riesgo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico:** riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 o padecer síndrome metabólico disminuye con 120 a 150 minutos a la semana de actividad
- **Reduce el riesgo de cáncer**: estar físicamente activo disminuye el riesgo de dos tipos de cáncer, colon y mama
- **Mejora tu salud mental y estado de ánimo:** ayuda a mantener tus habilidades de pensamiento, aprendizaje y sentido común a medida que pasan los años. Además, ayuda a reducir el riesgo de depresión y a dormir mejor.

CONSECUENCIAS:

- **Inactividad física:** Es la falta de ejercicio físico de manera regular
- **Obesidad:** La obesidad es una enfermedad compleja que consiste en tener demasiada grasa corporal, la obesidad puede ser provocada por diversos factores, como consumo excesivo de

alimentos, falta de actividad física y nos aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

- **Sedentarismo:** El sedentarismo es el estilo de vida de quien realiza escasa o insuficiente actividad física
- **Stress psicosocial:** se experimenta debido a cambios en las situaciones sociales.

PREGUNTAS PRETEST Y POSTEST

1. ¿Cuáles son hábitos y estilo de vida saludables?

a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas.
b) Leer regularmente, visitar al médico, descansar mientras veo televisión.
c) Ninguna de las anteriores.

2. Menciona los beneficios de aplicar los hábitos de vida saludables en nuestro diario vivir.

d) a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes.
e) b) Mejor salud mental, reduciendo el estrés y la ansiedad, mejorando el estado de ánimo y la salud emocional.
f) c) Ninguna de la anteriores.

3. ¿Cuál cree que son algunos de los beneficios que nos brinda una alimentación saludable?

a) Disminuye el riesgo de enfermarse como diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades pulmonares.
b) Mantiene la buena salud, mejora el estado físico, mejora de la digestión y la función intestinal.
c) Todas las anteriores.

4. Dentro de los grupos de alimentos que hacen parte de una alimentación saludable tenemos los siguientes, excepto.

a) Proteínas y Carbohidratos
b) Lípidos y Vitaminas, Minerales
c) Grasas saturadas, azucares y conservantes

5. Que aportan a nuestro cuerpo las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados, papas de bolsa.

a) Elevado aporte energético y azúcares Añadidos
b) Grasas Saturadas, bajo Valor Nutricional, Adicción y aumento de peso
c) Todas las anteriores

6. ¿Qué es la actividad física?

a) Es una amplia variedad de actividades, desde caminar y correr hasta bailar, practicar deportes, trabajar en el jardín o realizar tareas domésticas.
b) Se refiere a cualquier movimiento corporal que implique el uso de músculos esqueléticos y que resulte en un gasto energético.
c) Todas las anteriores.

7. Son grandes beneficios de realizar actividad física.

a) Control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora calidad del sueño, reduce el estrés, la ansiedad.

b) Debilidad muscular, cansancio constante.
c) todas las anteriores.

8. ¿Cuantos minutos de actividad física se recomienda realizar en la semana?
a) 30 minutos de actividad moderada cinco días a la semana.
b) La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los adultos realicen al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad intensa cada semana.
c) a y b son correctas.

9. ¿Qué es el sedentarismo?
a) Una forma de descansar placenteramente en casa.
b) La falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas.
c) a y b son correctas.

10. ¿Cuáles son los riesgos en salud que conlleva la no realización de actividad física?
a) Desarrollar diabetes tipo 2.
b) sufrir de obesidad, enfermedades del corazón, fatiga y baja energía.
c) Todas la anteriores.

★ Finalizada la actividad lúdica educativa "CORRE PARA GANAR", intervendrá el equipo de la estrategia hábitos saludables y condiciones no transmisibles para aclarar las dudas generadas durante la actividad y de esta manera afianzar los conocimientos adquiridos. ★ Para evaluar el impacto y la efectividad de la actividad se aplicará en cada uno de los grados el post test, luego se realizará la ponderación del test inicial y el test final para analizar resultados arrojados. ★
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS: Implementar aprendizaje por medio de la lúdica, para llevar al estudiantado al análisis de situaciones aplicados a su vida cotidiana, que hagan en ellos la aceptación e importancia de aplicar hábitos de vida saludables en su quehacer diario.
ESTRATEGIAS DE EVALUACION: • Aplicar en el cuerpo estudiantil del pre test y post test. • Se evaluará los conocimientos en el desarrollo de la dinámica y se reforzaran los temas que generen más inquietudes.
TIEMPO:2 A 3 HORAS

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

PLANEACION METODOLOGICA SEGUNDA ORIENTACION

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
KELY PEÑA VIGOYA	**COMUNA 5** 1. INSTITUCION EDUCATIVA BELLO HORIZONTE. 2. INSTITUCION EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITA. 3. INSTITUCION EDUCATIVA ALFONSO LOPEZ PUMAREJO 4.INSTITUCION EDUCATIVA PEDRO CASTRO MONSALVO **COMUNA 4** 5.INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO UPAR 6.INSTITUCION EDUCATIVA VILLA CORELCA 7. INSTITUCION EDUCATIVA CASIMIRO RAUL MAESTRE 8. INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO JOSE EUGENIO MARTINEZ 9.INSTITUCION EDUCATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA	ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO	NOVIEMBRE DE 2024

LOGROS:

- Inducir a la población objeto al No consumo de alcohol, tabaco y consumo de sustancia psicoactiva., nocivos del tabaco y sus derivados, incluyendo vapeadores.
- Fortalecer el conocimiento de la comunidad educativa sobre el promover el autocuidado y Estilo de vida saludable, como el No consumo de alcohol, tabaco y sustancia psicoactiva, como también Cuidado de la visión, factores protectores y factores de riesgo, signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para su detección oportuna: HTA, diabetes, Infarto agudo de miocardio.
- Transformación positiva de los entornos educativos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables.

CONTENIDO:	RECURSOS:
1. Presentación del equipo	➢ 1 pendón.

2. Palabras de bienvenida 3. Realización de pre test antes de presentar las temáticas. 4. Desarrollo de la actividad lúdica educativa "JUEGA Y APRENDE" 5. Conclusiones del tema 6. Aplicación del Post Test. 7. Entrega de anchetas 8. Cierre	➢ 30 penachos ➢ 3 obsequios-premios ➢ 1 macro cartelera alusivas a hábitos saludables (No consumo de alcohol, tabaco y sustancia psicoactiva, como también Cuidado de la visión, factores protectores y factores de riesgo, signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para su detección oportuna: HTA, diabetes, Infarto agudo de miocardio). ➢ UN DADO ➢ Video beam ➢ 130 lista de asistencia ➢ 70 actas ➢ 3360 pre test y post test ➢ 2 asistentes de Logística ➢ Sonido

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

Se da inicio a la actividad con la presentación del equipo de la estrategia vida saludable y enfermedades no transmisibles, posteriormente se socializará el desarrollo de la actividad, en donde se abordarán temas sobre la importancia de los hábitos saludables como el no consumo de alcohol, tabaco y sustancia psicoactiva, como también el cuidado de la visión, factores protectores y factores de riesgo, signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para su detección oportuna, HTA, diabetes, Infarto agudo de miocardio, posteriormente de manera organizada con cada uno de los grados se aplicará un test donde se evaluará los conocimientos previos que tiene los asistentes en referencia a los hábitos de vida saludables a tratar.

DESARROLLO DE ACTIVIDAD LÚDICA EDUCATIVA

En el desarrollo de la estrategia 4x4 se aplicará la actividad lúdica educativa **"JUEGA Y APRENDE",** esta consiste en tomar 2 representante de cada grado (6, 7 y 8), donde cada participante se ubica en el punto de partida de la mega cartelera en forma de parques la cual se ubicara en el piso de un espacio amplio, esta a su vez en cada espacio tendrá una acción por cumplir como dar respuesta a preguntas con relación a los hábitos saludables a tratar, retos que involucra al participante y al grado que representa, u ordenes como adelantar 2 casillas, retroceder dos casillas, no avanza, en este sentido se inicia el juego utilizando una figura de dado de gran tamaño, el cual les permitirá avanzar e ir desarrollando el juego, donde el que llegue primero ganara el primer puesto y así sucesivamente segundo y tercer puesto.



DESARROLLO DEL TEMA.



QUE LOS HÁBITOS SALUDABLES: Son un conjunto de conductas o comportamientos que asumimos como propias en nuestro día a día, para lograr un desarrollo y bienestar, sin atentar contra sí mismo, dentro de este contexto los hábitos que debemos aplicar en nuestra vida son:

- No consumir alcohol, tabaco, ni sustancias psicoactivas
- Cuidado con la visión
- Reconocer factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Para el desarrollo del hábito saludable de no consumo de alcohol, tabaco, ni sustancias psicoactivas se proyectará los siguientes videos descargados de YouTube https://www.youtube.com/watch?v=QjejqtpF5Yg, https://www.youtube.com/watch?v=DKp_JJ9oP5s, donde explica detalladamente como una adolescente llamada Mariana llegar a consumir estas sustancias y provocando adicción, donde experimenta cambios repentidos de su estado de ánimos, desde la euforia, miedo y la tristeza, ya que tienen un efecto directamente sobre el sistema nervioso central, la sustancias psicoactivas las hay naturales o sintéticas y produce determinados efectos placenteros. Luego se proyecta el segundo video en el cual orienta a los estudiantes sobre los efectos negativos de los cigarrillo electronicos.



¿ Qué es bapear? siete adolescentes bapea, es el proceso de inhalar el vapor o líquido o caliente que genera un cigarrillo electrónico, se compone de una mezcla de nicotina saborizantes y productos químicos que pasan a través de un cigarrillo electrónico u otro



dispositivo que suele adoptar la forma de un bolígrafo o dispositivo USB u otro artículo cotidiano, bapear no es seguro, aunque es probable que el aerosol para bapear sea menos tóxico que que los cigarrillos, este contiene metales pesados como níquel, estaño, plomo, compuestos orgánicos volátiles y agentes carcinógenos que pueden dañar directamente el desarrollo del cerebro de un adolescente, incluida las partes que controlan el aprendizaje el estado de ánimo y los impulsos, entonces por que vapean los adolescentes vapean,la respuestas más comunes, me siento ansioso, estresado, deprimido, vapear se utiliza como mecanismo para escapar, pero crea un ciclo de adiciion a la nicotina, existen recursos disponibles hay manera saludable de disminuir el estrés hacer ejercicio usar técnicas de relajación pasar tiempo con amigos que apoyen y tomar un descanso de las redes sociales, pueden ayudar con un profesional de salud salud salud mental salud mental para que le ayude a dejar de vapear.

MECANISMOS PARA LA PROTECCION DE LA RADIACION SOLAR PARA MANTENER UNA BUENA SALUD OCULAR O DE LOS OJOS

Proteger tus ojos de la radiación solar es crucial para mantener una buena salud ocular. Aquí tienes algunas recomendaciones:

Gafas de sol: Utiliza gafas de sol que bloqueen los rayos ultravioletas (UV).

Busca aquellas que ofrezcan una protección del 100% contra los rayos UV-A y UV-B.

Esto ayudará a prevenir enfermedades oculares como cataratas y cáncer.

Sombreros y ropa protectora: Usa sombreros de ala ancha para proteger tus ojos, rostro y cuello de la luz solar directa. Además, viste ropa que cubra tu piel para reducir la exposición al sol.



Horas de máxima radiación UV: Evita el sol durante las horas pico, generalmente entre las 10 a.m. y las 4 p.m. Siempre que estés al aire libre, toma precauciones para proteger tus ojos

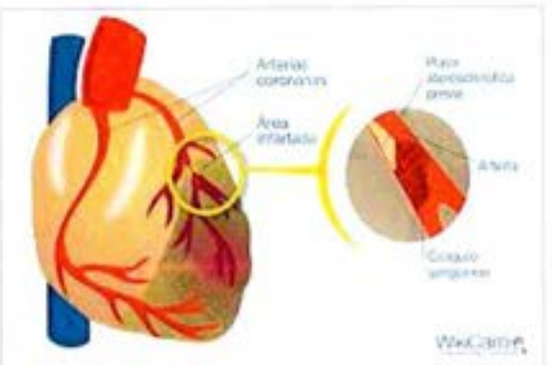
EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A PANTALLAS



hoy en día por la introducción al estilo de vida de una exposición excesiva a sus fuentes artificiales, es necesario conocer las consecuencias que puede tener sobre nuestra salud y establecer métodos para prevenir o controlar posibles daños.

1. A nivel de la piel, se pueden observar problemas producto del estrés oxidativo, alteraciones en el estado de hidratación de la piel y en su integridad, determinándose mayor pigmentación y envejecimiento.
2. A nivel ocular, se pueden generar desde cuadros de fatiga visual hasta acelerar procesos degenerativos de la visión normalmente asociados a la edad.
3. Finalmente, pero no menos importante, este tipo de radiación puede afectar la producción de hormonas que favorecen la inducción del sueño y su mantención, lo que puede causar diversos trastornos a corto y largo plazo.

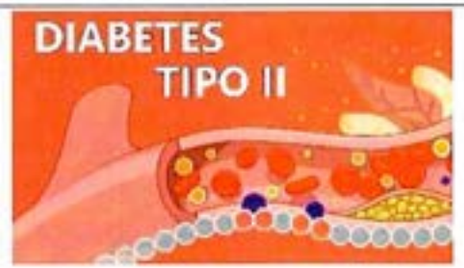
ENFERMEDADES CARDIOMETABOLICAS



En cuanto a las enfermedades cardio-metabólicas se dan a conocer un grupo de patologías que afectan tanto al sistema cardiovascular como al metabolismo. Algunas de las más relevantes incluyen:

1. **Infarto agudo de miocardio:** También conocido como ataque al corazón, ocurre cuando el flujo sanguíneo al músculo cardíaco se bloquea, dañando el tejido del corazón.

2. **Accidente cerebrovascular isquémico:** Es una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro debido a un coágulo o estrechamiento de las arterias. Puede causar daño cerebral permanente.
3. **Hipertensión arterial:** Afección en la que la presión arterial es crónicamente alta, lo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.
4. **Diabetes tipo 2:** Una enfermedad metabólica caracterizada por resistencia a la insulina y niveles elevados de azúcar en sangre





Factores Protectores para las enfermedades cardiovasculares:



- Realizar actividad física regularmente acumulando 150 minutos por semana de intensidad moderada.
- Mantenerse activo en actividades cotidianas diariamente y disminuir el tiempo sentado.
- Alimentación que incluya frutas y verduras todos los días, pescados todas las semanas y panes y productos en base a harinas y cereales integrales. ...
- Evitar el consumo de alcohol.

PREGUNTAS PRETEST Y POSTEST (JUEGA Y APRENDE)

1. SON SUSTANCIAS NATURALES O SINTÉTICAS QUE ALTERAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, PRODUCE DETERMINADOS EFECTOS PLACENTEROS.

a) Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, Anfetaminas, Vapers o cigarrillos electrónicos, tiner.
b) Solo el tabaco.
c) Ninguna de las anteriores.

2. ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS NQCIVOS DEL ALCOHOL, TABACO Y SUS DERIVADOS, ¿INCLUYENDO VAPEADORES?

a) Deteriora la salud, afecta el funcionamiento normal del cerebro, mata las neuronas, disminuye la calidad de vida, daño en el sistema digestivo, provoca inflamaciones, gastritis.
b) Trae problemas con su entorno familiar o la social, provoca cambios negativos incentiva la violencia, estado de ánimo y la forma de percibir la realidad, provoca accidentes de tránsito, genera problemas en la escuela.
c) Todas las anteriores.

3. ¿CUALES SON LAS RAZONES POR LA CUAL LOS JÓVENES CONSUMEN ALCOHOL, TABACO?

a) El fácil acceso a las drogas, las normas sociales que favorecen el consumo y hacen publicidad de alcohol.
b) La presión de grupo, los padres que consumen tabaco, alcohol, y otras sustancias enfrente de sus hijos, familias violentas, sin valores, sin afecto, ni respeto.
c) Todas las anteriores.

4. ¿CUALES SON LOS MECANISMOS UTILIZADOS PARA LA PROTECCION DE LA RADIACION SOLAR Y PARA MANTENER UNA BUENA SALUD OCULAR O DE LOS OJOS?

a) **Gafas de sol, Sombreros y ropa protectora, evitar el sol en horas de máxima radiación después de 10am y antes de 4pm.**
b) **Utilizar bloqueador.**
c) Ninguna de las anteriores.
d)

5. ¿QUE CONCECUENCIAS PUEDE TENER EN NUESTRA SALUD LA LARGA EXPOSION DE PANTALLAS?

a) A nivel de la piel produce s despigmentación y envejecimiento, a nivel ocular puede generar deterioro de la visión, y finalmente puede afectar la producción de hormonas que favorecen la inducción del sueño y su mantención.
b) No tiene consecuencias.
c) ninguna de la anteriores.

6. SON ENFERMEDADES CARDIOMETABOLICAS

a) Artritis reumatoide, Depresión, Acné.
b) Infarto agudo de miocardio, Hipertensión arterial, diabetes.
c) Ninguna de las anteriores

7. ¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGOS EN LAS ENFERMEDADES CARDIOMETABOLICAS?

a) Presión arterial alta, altos niveles de colesterol y glucosa,
b) Obesidad, insuficientes frutas y vegetales inactividad física tabaquismo.
c) Todas las anteriores

MUCHAS GRACIAS



- Finalizada la actividad lúdica educativa "JUEGA Y APRENDE", intervendrá el equipo de la estrategia hábitos saludables y condiciones no transmisibles para aclarar las dudas generadas durante la actividad y de esta manera afianzar los conocimientos adquiridos.
- Para evaluar el impacto y la efectividad de la actividad se aplicará en cada uno de los grados el post test, luego se realizará la ponderación del test inicial y el test final para analizar resultados arrojados.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

Implementar aprendizaje por medio de la lúdica, para llevar al estudiantado al análisis de situaciones aplicados a su vida cotidiana, que hagan en ellos la aceptación e importancia de aplicar hábitos de vida saludables en su quehacer diario.

ESTRATEGIAS DE EVALUACION:

- Aplicar en el cuerpo estudiantil del pre test y post test.
- Se evaluará los conocimientos en el desarrollo de la dinámica y se reforzaran los temas que generen más inquietudes.

TIEMPO:2 A 3 HORAS

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTRATEGIA 4X4 MES DE NOVIEMBRE

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES DE NOVIEMBRE

Numero	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTRATEGIA 4 X 4		SEMANA 1					SEMANA 2				SEMANA 3					SEMANA 4					OBSERVACION
		V	M	M	J	V	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
		1	5	6	7	8	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	
1	Institución Educativa Alfonso López Pumarejo	CONCERTACION CON IE					6-10am														
2	IE Pedro castro Monsalvo											2:20PM				2:20PM					
3	Institución Educativa Bello Horizonte			7-10am																	
4	Institución Educativa Eduardo Suarez Orcasitas				6-9am																

ROJO: PRIMER CICLO

VERDE: SEGUNDO CICLO

NOVIEMBRE

Numero	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTRATEGIA 4 X 4		SEMANA 1					SEMANA 2				SEMANA 3					SEMANA 4					OBSERVACION
		V	M	M	J	V	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
		1	5	6	7	8	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	
6	Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera	CONCERTACION CON IE														7-11am					
7	IE mayor de valledupar cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa																				
8	Institución Educativa Casimiro Raúl Maestre				10:25-12 am										7-10am						
9	Institución Educativa Técnico José Eugenio Martínez							1-3pm							1-3pm						
10	Institución Educativa Técnico Upar						2-4pm														
11	Institución Educativa Villa Corelca											6-11am									

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ACTAS DE CONCERTACION Y DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

PRIMERA ORIENTACION PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO EN LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EDUCACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

CASIMIRO RAUL MAESTRE

VALLEDUPAR/2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	HÁBITOS SALUDABLES Y ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES									
LUGAR:	IE CASIMIRO RAUL MAESTRE			**FECHA**	1 de noviembre de 2024		**HORA INICIO**	10:20 AM		
							HORA FINAL	10:25 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**					
TEMA:	Realizar 28 orientaciones para el desarrollo de la estrategia cuatro por cuatro en la promoción de alimentación saludable, educación en actividad fisica, prevención del consumo del alcohol y tabaco con el fin de contribuir con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las instituciones educativas programadas del municipio de Valledupar									
OBJETIVO:	Concertar la realización de la primera orientación sobre las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.									
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial de colegios públicos.									

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 1 de noviembre de 2024 siendo las 10:20 AM se reúnen en las instalaciones de la Institución educativa IE Casimiro Raul Maestre, la coordinadora Ubelis del Carmen Gómez Ojeda y la referente de la dimensión hábitos de vida saludables y enfermedades no trasmisibles del PIC Kely Peña Vigoya con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "cuatro por cuatro".

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 la primera orientación en salud dirigidas a Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial del grado Educativo Secundaria (6-7-8 Grado), cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable.

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. Por lo anterior la coordinadora manifiesta estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El desarrollo de la orientación se realizará de la siguiente manera: el dia jueves 7 de noviembre se iniciará con el primer grupo, conformado por los grados 601, 602,603,604 posteriormente un segundo grupo, compuesto por los grados 701, 702, 703 y finalmente un tercer grupo conformado por los grados 801,802, 803,804 en jornada de la mañana.

Se llevará a cabo la coordinación y concertación del espacio necesario para la realización de la primera orientación, la cual se realizará en el polideportivo de la Institución Educativa (IE). Este lugar ha sido elegido debido a que no existen otras opciones dentro de la institución que cuenten con las condiciones adecuadas para albergar a un grupo amplio de estudiantes. demás, es importante tener en cuenta que, en la fecha elegida para la orientación, la institución se encuentra llevando a cabo actividades de nivelación, lo que limita la disponibilidad de espacios y horarios para realizar eventos como este. Por lo tanto, esta se ha considerado como la única fecha posible para realizar la actividad de orientación.

Para asegurar que la orientación se desarrolle de manera eficiente y que todos los asistentes puedan recibir la información adecuadamente, se dispondrá de varios recursos técnicos. Se contará con un televisor de tamaño adecuado para la proyección de diapositivas y videos, lo que permitirá que los contenidos sean visualizados claramente por todos los participantes. Asimismo, se utilizará un sistema de micrófono y sonido, que garantizará que la voz del presentador llegue con claridad a cada rincón del polideportivo. Con

todos estos recursos y consideraciones, se espera que la primera orientación se desarrolle sin contratiempos.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar la primera orientación según lo descrito en el cronograma establecido.	PIC- SAN	1 de noviembre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes,polideportivo.	IE CASIMIRO RAUL MAESTRE	1 de noviembre de 2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS







ANEXOS:	No aplica	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	KELY PEÑA VIGOYA

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	KELY PEÑA VIGOYA		
	UBELIS DEL CARMEN GÓMEZ OJEDA		

Valledupar 20 de septiembre de 2024

SEÑOR:
MERCEDES CADENA
Rector Institución Educativa Casimiro Raúl Maestre

Cordial saludo

Con el objetivo de promover en la comunidad estudiantil hábitos y estilos de vida saludables y dar a conocer 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 mediante actividades lúdico educativas en el entorno educativo de secundaria (grados sexto, séptimo y octavo) con el objetivo de contribuir al mejoramiento de este entorno y favorecer estilos de vida saludables en zona urbana 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 todos los alumnos de los grados sexto, séptimo y octavo para enriquecer estas sesiones con sus experiencias y preguntas.

El propósito de esta actividad es proporcionar información valiosa y actualizada sobre estilos de vida saludables, fortalecer el conocimiento de la comunidad educativa sobre promover el autocuidado, transformación positiva de los entornos educativos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables. Creemos que este programa será de gran utilidad para las familias de la comunidad y contribuirá al bienestar de sus miembros.

Esperamos su colaboración para programar las actividades y llevar a cabo la estrategia, agradecemos su apoyo en esta importante iniciativa.

Atentamente,

Kely Dulfay Peña Vigoya
Enfermera Jefe-HEAD
Cel: 3007804480

Recibido Secretaria 09/20/24 A: 12:00 pm.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	VIDA SALUDABLES Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES										
LUGAR:	IE CASIMIRO RAUL MAESTRE			**FECHA**	7 DE NOVIEMBRE DE 2024		**HORA INICIO**	10:25AM			
							HORA FINAL	12:00AM			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud					
TEMA:	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 del alcohol y tabaco con el fin de contribuir con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las instituciones educativas programadas del municipio de Valledupar										
OBJETIVO:	Realizar la primera orientación de la estrategia cuatro por cuatro en la IE Casimiro Raúl Maestre con el fin de contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable.										
POBLACIÓN OBJETIVO	Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial de colegios públicos.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se reúnen en el polideportivo de la IE Casimiro Raúl Maestre el día 7 de noviembre de 2024 siendo las 10:25 am, con el acompañamiento de la coordinadora Ubelis del Carmen Gómez Ojeda, para llevar a cabo la primera orientación, el equipo de la dimensión saludables y condiciones no trasmisibles 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 cuatro por cuatro y el desarrollo de la misma.

El desarrollo de la primera orientación se llevó en el polideportivo de la Institución Educativa (IE). Cabe aclarar que, este fue el lugar elegido debido a que no existen otras opciones dentro de la institución que cuenten con las condiciones adecuadas para albergar a un grupo amplio de estudiantes. También teniendo en cuenta que, en la fecha elegida para la orientación, la institución se encuentra llevando a cabo actividades de nivelación, lo que limito la disponibilidad de espacios y horarios para realizar eventos como este.

Por lo anterior se reunieron en un primer grupo a los estudiantes de los grados 601, 602,603,604, posteriormente un segundo grupo 701, 702, 703 y finalmente un tercer grupo conformado por los grados 801,802, 803,804 en jornada de la mañana. A continuación, se detallan las actividades realizadas

1. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En la orientación N°1 se realizó una actividad educativa con el propósito contribuir al mejoramiento del entorno educativo, de acuerdo a lo descrito en la planeación metodológica, que permita informar y fortalecer el conocimiento sobre el promover el autocuidado y la importancia de los hábitos para alcanzar un estilo de vida saludable.

Para esto se realizó la presentación de las temáticas utilizando recursos visuales en diapositivas, pendón araña para visibilizar la actividad y facilitar la comprensión de los temas tratados, entrega de premios como incentivo por la participación de los estudiantes.

1.2. DILIGENCIAMIENTO DE PRETEST

Se realizaron preguntas pre test antes de presentar las temáticas para evaluar los conocimientos previos

y así reforzar en las debilidades.

1.3. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Con la ayuda de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

¿QUÉ SON LOS HÁBITOS SALUDABLES?



Son un conjunto de conductas o comportamientos que asumimos como propias en nuestro día a día, para lograr un desarrollo y bienestar, sin atentar contra sí mismo, dentro de este contexto los hábitos que debemos aplicar en nuestra vida son:

- Alimentación saludable (Reducir el consumo excesivo de sal, azucares y conservantes)
- Actividad física
- No consumir alcohol, tabaco, ni sustancias psicoactivas
- Cuidado con la visión
- Reconocer factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

¿BENEFICIOS DE IMPLEMENTAR HÁBITOS SALUDABLES?

Adoptar hábitos nuevos y más saludables puede protegerlos de problemas de salud

- Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes.
- Mejor salud mental, reduciendo el estrés y la ansiedad, mejorando el estado de ánimo y la salud emocional.

ORIENTACIÓN HACIA UN PLAN ALIMENTARIO SALUDABLE:

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.

1. Recomendaciones nutricionales a los estudiantes
2. Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
3. 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.

BENEFICIOS QUE NOS BRINDA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



1. Mejora la salud física
2. Control del peso
3. Aumento de energía
4. Mejora la digestión
5. Fortalecimiento del sistema inmunológico
6. Salud mental
7. Mejora de la piel y el cabello
8. Salud ósea

Adoptar hábitos alimenticios saludables puede transformar no solo tu salud, sino también tu bienestar general.

¿QUÉ ES LA ACTIVIDAD FÍSICA? La actividad física es cualquier movimiento corporal que implica el uso de los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía. Esto incluye una amplia gama de actividades, como:



- Caminar
- Correr
- Bailar
- Practicar deportes
- Trabajar en el jardín o realizar tareas domésticas.



GRANDES BENEFICIOS DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

- Favorece el control de peso previniendo la obesidad
- Mejora la circulación sanguínea
- Favorece el sueño profundo y el descanso
- Disminuye el riesgo de padecer de ansiedad, estrés y depresión
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima

¿QUE ES EL SEDENTARISMO?



La falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas.

1.4. DESARROLLO DE ACTIVIDAD LÚDICA EDUCATIVA

En el desarrollo de la estrategia 4x4 se aplicó la actividad lúdica educativa "CORRE PARA GANAR", esta consistió en armar 3 grupos de 5 participantes uno grupo por cada grado (6, 7 y 8), donde cada participante debía tomar de una caja sorpresa una figura representativa de los hábitos saludables a trabajar para participar en cada ronda, esta figura era alusiva a (1. Alimentación saludable, 2. actividad física y la movilidad activa). Posteriormente a ello se ubicaron en un punto de salida para iniciar una carrera con obstáculos y luego llegaron a la macro cartelera saludable, donde ubicaron la figura tomada en el punto de salida, al finalizar colocaron todas las figuras las cuales eran 5 por cada grupo.

Los ganadores al finalizar pasaron al frente de la cartelera, al lado de la figura que colocaron, donde en ella encontraran información sobre los hábitos a los que representan, expresaron a los demás asistentes el por qué habían colocado las figuras en la cartelera, llevando así a un análisis y reflexión de la respuesta generada.

1.5. DILIGENCIAMIENTO DE POSTEST

Para finalizar se realizó un postest con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos durante la intervención a los estudiantes.

El objetivo de la realización de pretest y el postest a 350 estudiantes son las siguientes:

- **Medir el Conocimiento Inicial:** Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre conceptos de alimentación saludable y los beneficios de la actividad física antes de la intervención.
- **Evaluar Cambios en el Conocimiento:** Determinar el impacto de la intervención educativa en el conocimiento de los estudiantes sobre la nutrición y la actividad física después de la capacitación.
- **Identificar Actitudes y Comportamientos:** Analizar si hay cambios en las actitudes hacia la alimentación y la actividad física, así como en la intención de adoptar hábitos más saludables.
- **Promover Hábitos Saludables:** Fomentar una cultura de salud entre los estudiantes, incentivando la práctica de una alimentación equilibrada y la actividad física regular.
- **Recopilar Datos para Mejorar Programas:** Utilizar los resultados para ajustar y mejorar futuras intervenciones educativas relacionadas con la salud.

2. RESULTADOS PRETEST Y POSTES

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,182 contestaron correctamente en el prestet y 334 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 168 contestaron incorrectamente en el prestet y 16 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 331. Además, en cuanto a las respuestas

incorrectas, 134 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 19 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salùd 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, 149 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 336.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo 201 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 14 en el postest.

Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

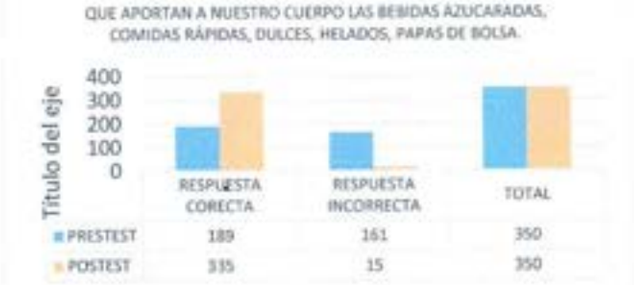
PREGUNTA N°4



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, 220 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 342. En el pretest, 130 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 8 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 189 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 335.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 161 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 135 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 344 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 215, cifra que se redujo significativamente a 6 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, 184 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 342.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 166 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 8 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



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	154	196	350
POSTEST	339	11	350

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, 154 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 339, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 196 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 11 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 147 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 341 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, 303 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 174 estudiantes respondieron correctamente en el pretest.

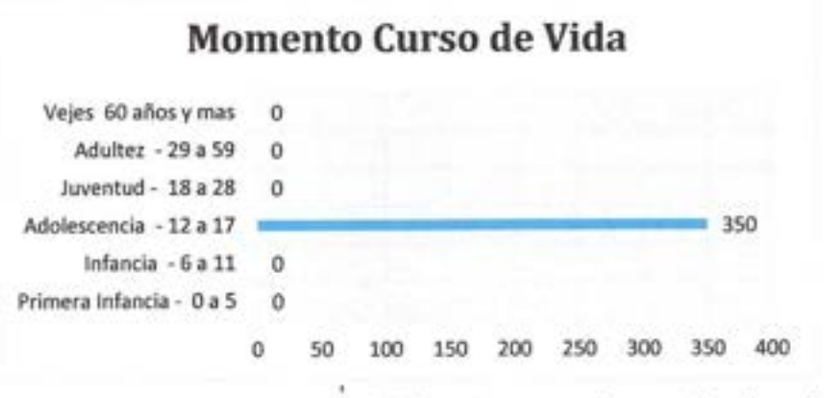
Este número aumentó notablemente a 334 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 176 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 16 en 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

Orientación 1.



La primera orientación contó con la participación de 350 estudiantes de los grados 601,602,603,604,701,702,703,704,801,802,803,804 de los cuales el 154 pertenecen al género masculino; el 196 al género femenino y ninguno de los participantes se reconoce dentro de la población LGTB.



Respecto a la edad de los participantes se conoce que 350 pertenecen al curso de vida adolescencia que se ubican en las edades comprendidas entre los 12 a 17 años.



Respecto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se obtuvo que los 350 participantes no se auto reconocen en ninguno de los grupos establecidos. Cabe aclarar que eeste alto porcentaje puede atribuirse a que muchos de estos jóvenes, por su edad y grado de madurez, aún no han tenido la oportunidad de familiarizarse con conceptos como el enfoque diferencial.

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 amplien 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.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** sobre la importancia de los hábitos saludables en su vida diaria. Reconociendo que una alimentación equilibrada y la actividad física regular son fundamentales para su bienestar físico y mental.	Estudiantes y docentes	Permanente
2	**Compartir la Información** Compartir la información con el fin inspirar a otros a unirse a ellos en este camino hacia un estilo de vida más saludable y activo.	Estudiantes y docentes	Permanente
3	**Facilitar Asesoría Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales idóneos para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir estilo de vida más saludable.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Registro fotográfico 7 de noviembre de 2024

Primera Orientación en salud - Institución educativa Casimiro Raúl Maestre













ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Kely Dulfay Peña Vigoya	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**
	Kely Dulfay Peña Vigoya		
	Ubelis del Carmen Gómez Ojeda		

INSTITUCION EDUCATIVA
"CASIMIRO RAUL MAESTRE"

Educación Preescolar, Básica Primaria, Secundaria y Media Académica
Resolución de Aprobación No. 000833 del 16 de Octubre de 2024
DANE: 120001003751 ICFES: 091686 NIT. 824.002.257-4
Valledupar - Cesar

Valledupar, 07 de Noviembre, de 2024

LA RECTORA DE LA IE CASIMIRO RAUL MAESTRE

CERTIFICA QUE

La señora **KELY DULFAY PEÑA VIGOYA**, desarrolló la primera orientación de la Estrategia 4 por 4 en la promoción de alimentación saludable, educación en actividad física de la dimensión **Vida Saludable Condiciones no Transmisibles** el día jueves 07 de noviembre en el horario de 10:00 am a 12:00 m, en los grados sextos, séptimos y octavos, correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas PIC-2024, lideradas por medio del Hospital Eduardo Arredondo Daza – HEAD.

Se expide en Valledupar (Cesar), a solicitud del interesado a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Esp. MERCEDES ELENA CADENA DE PEREZ
Rectora

CALLE 19 No. 30-70 BARRIO CASIMIRO RAUL MAESTRE – TELÈFONO: 5819930
EMAIL: eecasimiroraulmaestre@semvalledupar.edu.co

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Raul Pena Vigoya FECHA: 7 noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Samuel David Jimenez A	1065810413	1	3	4	4			Estudiante	Samuel Jimenez
2	Naomi Pahuana Armenta	1065668696	2	3	4	4			Estudiante	Naomi Pahuana
3	Rosario Bastidas Florian	1066883427	2	3	4	4			Estudiante	Rosario Bastidas
4	Heileen Sofia Madrid	1066291206	2	3	4	4			Estudiante	Heileen MADRID
5	Lia Garcia Cespedes	1066882780	2	3	4	4			Estudiante	Lia Garcia
6	Ignacio Guillen Polanco	1066291120	1	3	4	4			Estudiante	Ignacio Guillen
7	Erick Daniel Baez Moreno	1057622916	1	3	4	4			Estudiante	Erick Daniel
8	Shayra Daniela Benitez A	1066883077	2	3	4	4			Estudiante	Shayra Benitez
9	Thaina Polanco Perez	1065809725	2	3	4	4			Estudiante	Thaina Polanco
10	Sumara Cudena Gonzalez	1064999515	2	3	4	4			Estudiante	Sumara
11	Lesly Gomez Usuga	1067621726	2	3	4	4			Estudiante	Lesly Gomez
12	Annabell Caballero Alvarez	1066884701	2	3	4	4			Estudiante	Annabell caballero
13	Dalgis Orozco Medina	1065811080	2	3	4	4			Estudiante	Dalgis Orozco
14	Mary Isabel Infante R	1066880803	2	3	4	4			Estudiante	Mary Isabel
15	Danna Lucia Rios Serna	1066291737	2	3	4	4			Estudiante	Danna Rios
16	Milagros Acosta Anillo	1043175068	2	3	4	4			Estudiante	Milagros Acosta
17	Emelys Diaz Alvarez	1067620381	2	3	4	4			Estudiante	Emelys Diaz Alvarez
18	Sheileen Arevalo Estrada	1137725196	2	3	4	4			Estudiante	Sheileen arevalo
19	Valentina Diaz Martinez	1007620798	2	3	4	4			Estudiante	Valentina Diaz
20	Mariangel Rodelo Castellon	1066240757	2	3	4	4			Estudiante	Mariangel

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Pena Vigoya FECHA: 7 Noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Samara Cadena Gonzalez	1064794515	2	3	4	4			Estudiante	Samara Cadena G
2	Saray Valentina Perez C	1066883149	2	3	4	4			Estudiante	Saray Perez
3	Saray Rodriguez Baca	1057619459	2	3	4	4			Estudiante	Saray Rodriguez
4	Samuel David Orozco	1066881784	1	3	4	4			Estudiante	Samuel Orozco
5	Sofia Benjumea Suarez	1119817161	2	3	4	4			Estudiante	Sofia Benjumea
6	Alejandro Arroyo Mejia	1065807556	1	3	4	4			Estudiante	Alejandro Arroyo
7	Andres Felipe Moreno M	1066881860	1	3	4	4			Estudiante	Andres Moreno
8	Fausto Jose Barrios A	1129441263	1	3	4	4			Estudiante	Fausto Barrios
9	Johan Kanmeyer M	1066884017	1	3	4	4			Estudiante	Johan Kanmeyer
10	Jesus Raul Fernandez Alonso	1067618595	1	3	4	4			Estudiante	Jesus Alonso
11	Jose Manuel Baquero Perez	1066831491	1	3	4	4			Estudiante	Jose Baquero
12	Eduard Ordonez Torres	1082069180	1	3	4	4			Estudiante	Eduard Ordonez
13	Jose Benjamin Marquez Rojas	1127603729	1	3	4	4			Estudiante	Jose benjamin
14	Keiner Gamarra Oliveros	1097120071	1	3	4	4			Estudiante	Keiner gamarra
15	Jean Paul Perez Ospino	1065806758	1	3	4	4			Estudiante	Jean Paul
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

PIC

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
"PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEADY

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya FECHA: 7 Noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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	Sierra Ilse	1668388268	2	3	4	4			Estudiante	Ilse Sierra
2	Sara Cudris	1661283918	2	3	4	4			Estudiante	Sara Cudris
3	Genesis Cudros	1066 240832	2	3	4	4			Estudiante	Genesis Cuadros
4	Isabela Bermudez	1066883452	2	3	4	4			Estudiante	Isa Bermudez
5	Isabela Cabrera	1137724787	2	3	4	4			Estudiante	Isabela Cabrera
6	Angel Cervante	1067622436	1	3	4	4			Estudiante	Angel Cervante
7	Matias Diaz	1066241535	1	3	4	4			Estudiante	Matias Diaz
8	Juan Pablo Betancur	1137726668	1	3	4	4			Estudiante	Juan Pablo
9	Alejandra Carrano	1067418421	2	3	4	4			Estudiante	Alejandra Carrano
10	Laura Trujillo	1066887364	2	3	4	4			Estudiante	LAURA TRUJILLO
11	Yamaris Manjarrez	1067720070	2	3	4	4			Estudiante	Yamaris Manjarrez
12	Churio Isabella	1120749733	2	3	4	4			Estudiante	Yelany Zabaleta
13	Zambrano Melany	1003614210	2	3	4	4			Estudiante	Zambrano Melany
14	Bulus Lindsay	1065884214	2	3	4	4			Estudiante	Lindsay Bulus
15	Diaz Luna del mar	1067622436	2	3	4	4			Estudiante	Luna del mar
16	Rodriguez Alexander	1066881075	1	3	4	4			Estudiante	Alexander Rodriguez
17	Ruiz Melissa	1066240712	2	3	4	4			Estudiante	Melissa Ruiz
18	Yamarys Manjarrez	1067622234	2	3	4	4			Estudiante	Yamarys Manjarrez
19	Ariano Katherin	1067620628	2	3	4	4			Estudiante	Katherin Ariano
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
"LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEADY

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion en salud

RESPONSABLE: Kelly Pena Vigoya FECHA: 7 noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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	Ojeda Marcol	1066932801	1	3	4	4			Estudiante	Marcol Ojeda
2	Arzuaga Shelsy	1222659375	2	3	4	4			Estudiante	Shelsy Arzuaga
3	Zapata Victor	1006615210	1	3	4	4			Estudiante	victor zapata
4	Gonzale Jose	1066291544	1	3	4	4			Estudiante	Jose Vicente
5	Arzuaga Elian	1066331047	1	3	4	4			Estudiante	Elian Arzuaga
6	Gutierrez Mary	1066633577	2	3	4	4			Estudiante	Mary Gutierrez
7	Camadrid Cristian	1072104427	1	3	4	4			Estudiante	Cristian Camadrid
8	Villamizar Yurisa	1065946320	2	3	4	4			Estudiante	Yurisa y Wilmar
9	Alfonzo Guadalupe	1066932041	2	3	4	4			Estudiante	Nana Guadalupe
10	Prado Shaira	1067683521	2	3	4	4			Estudiante	Shaira Prado
11	Hernandez Sara	1137725985	2	3	4	4			Estudiante	Sara Hernandez
12	Carrillo Ivan	1123434505	1	3	4	4			Estudiante	Ivan Carrillo
13	Casadiego Jean	1065937555	1	3	4	4			Estudiante	Jean Casadiego
14	Olivero Danilo	1066291405	1	3	4	4			Estudiante	Danilo Olivero
15	Bernal Santiago	1065507729	1	3	4	4			Estudiante	Santiago Bernal
16	Vasquez Junior	1069506693	1	3	4	4			Estudiante	Junior Vasquez
17	Barros Sara	1066884335	2	3	4	4			Estudiante	Sara Barros
18	Barros Shayth	1066900660	2	3	4	4			Estudiante	Shayth Barros
19	Alvarez Elkin	1066933301	1	3	4	4			Estudiante	Elkin Alvarez
20	Olivero Dylan	1066291597	1	3	4	4			Estudiante	Dylan oliveros

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia YXY TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kely Peña Vigoya FECHA: 7 Noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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	Carrillo Lineth	1120749673	1	3	4	4			Estudiante	Lineth Carrillo
2	Pedrozo Simon	1066993572	1	3	4	4			Estudiante	Simon Andres
3	Calle michell	1067618866	2	3	4	4			Estudiante	michell Calles
4	Manjarrez Angela	1067618839	2	3	4	4			Estudiante	Angela manjarrez
5	Martinez Valery	1143276744	2	3	4	4			Estudiante	Valery martinez
6	Perez Natalia	1066603670	2	3	4	4			Estudiante	Natalia Perez
7	Padilla Niker	1066881212	1	3	4	4			Estudiante	Niker Padilla
8	Montes Jarisel	1063963971	2	3	4	4			Estudiante	Jarisel montes
9	Perez Keiris	1066259116	2	3	4	4			Estudiante	Theiris perez
10	Manjarrez Diego	1066241360	1	3	4	4			Estudiante	Diego manjarrez
11	Romero Mathias	1066211795	1	3	4	4			Estudiante	Romero Mathias
12	Medina Jeanmo	1066981803	1	3	4	4			Estudiante	Jeanmo medina
13	Jimenez Lionel	1066290742	1	3	4	4			Estudiante	Lionel J-M
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

49

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kely Peña Vigoya FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE		TELEFONO		REPRESENTACION	FIRMA
1	Yhiseel Prada Jimenez C	1065664418	2	3	4	4					Estudiante	Yhiseel Caamaño
2	Thaliana Sofia Plata A	1068844445	2	3	4	4					Estudiante	Thaliana Plata
3	Dulce María Tabordac	1065824292	2	3	4	4					Estudiante	Dulce Maria
4	Ana Pulgar Marrugo	1066880621	2	3	4	4					Estudiante	Ana Pulgar
5	Yaira Isabel Liñan Matos	1066879523	2	3	4	4					Estudiante	Yaira Isabel
6	Nataly Sofia Gomez Combe	1067620614	2	3	4	4					Estudiante	Nataly Sofia
7	Sara y Valentina Musso S	1067621465	2	3	4	4					Estudiante	Sara y Musso
8	Natalia Valentina Pacheco	1137724974	2	3	4	4					Estudiante	Natalia Pacheco
9	Daneris Robles Navarro	1066291355	2	3	4	4					Estudiante	Daneris Robles
10	Manuela Diaz Martinez	1066291536	2	3	4	4					Estudiante	Manuela Diaz
11	Gabriela Jimenez Calvo	1143257038	2	3	4	4					Estudiante	Gabriela Jimenez
12	Isabella De la Hoz Ramirez	1067618874	2	3	4	4					Estudiante	Isabella de la Hoz
13	Shayla Prescott Toros	1067619546	2	3	4	4					Estudiante	Shayla Prescott
14	Valery Sofia Rojas Rosado	1005813806	2	3	4	4					Estudiante	Valery Rojas
15	Hermione Martinez R	1067616518	2	3	4	4					Estudiante	Hermione Kisses
16	Naileth Costanedo S	1066880180	2	3	4	4					Estudiante	Naileth Carolina
17	Angel David corzo H	1065653045	1	3	4	4					Estudiante	Angel Corzo
18	Mateo Quiroz Alvarez	1066240119	1	3	4	4					Estudiante	MATEO QUIROZ
19	Samuel Gonzalez G	1066290645	1	3	4	4					Estudiante	Samuel Gonzalez
20	Darron Florez Rodriguez	1067622968	1	3	4	4					Estudiante	Darron Florez

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 | TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientación

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya

FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul MAESTRE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Emmanuel Calvo B.	1063863586	H	Adolescencia.	4	4			Estudiante	Emmanuel Calvo
2	Yoiber Bayona.	1067818819	1	3	4	4			estudiante	Yoiber Bayona
3	Cristian Martinez.	1067617104	1	3	4	4			estudiante	Cristian Martinez
4	Efren Pinto.	1066880304	1	3	4	4			estudiante	Efren Pinto
5	Anthony Argote.	1065855129	1	3	4	4			estudiante	Anthony Argote
6	Maikel Puerta	1066882332	1	3	4	4			estudiante	Maikel Puerta
7	Natalia Ojeda.	1067615017	2	3	4	4			estudiante	Natalia Ojeda
8	Evolet Gutierrez	1066289873	1	3	4	4			estudiante	Evolet Gutierrez
9	Dyrleth Bustos	1066861754	2	3	4	4			estudiante	Dyrleth Bustos
10	Thaliana Sanchez	1007385412	2	3	4	4			estudiante	Thaliana Sanchez
11	Isabella Jaibor	1066432135	2	3	4	4			estudiante	Isabel Jaibor
12	Sheyla Arrieta A	1065861847	2	3	4	4			estudiante	Sheyla Arrieta Aguilar
13	Daniela De la Cruz	1066289224	2	3	4	4			estudiante	Daniela De la cruz
14	Aylin Rodelo	1066882007	2	3	4	4			estudiante	Aylin Rodelo
15	Maria Lourdes O.	1067616201	2	3	4	4			estudiante	Maria lourdes O.t
16	Isabel Viloria	1067617514	2	3	4	4			estudiante	Isabel Viloria
17	Kelda Miranda	1092949701	2	3	4	4			estudiante	Kelda Miranda
18	Lina Ariza	1137727475	2	3	4	4			estudiante	Lina Ariza
19	Litzy Nieble	1127655955	2	3	4	4			estudiante	Litzy Nieble
20	Lain Ramirez	1066887007	2	3	4	4			estudiante	Lain Ramirez

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yaider Arevalo	1137727419	1	3	4	4			estudiante	Yaider Arevalo
2	Isabella Munive	1067598849	2	3	4	4			estudiante	ISABELLA MUNIVE
3	Luis F. Arrieta	1066649076	1	3	4	4			estudiante	Luis Fernando.
4	Cesar Blanco	1065847533	1	3	4	4			estudiante	Cesar Blanco
5	Maria Paula	1067618201	2	3	4	4			estudiante	Maria Paula
6	Gissell Duran.	1067818303	2	3	4	4			estudiante	Gissell Duran
7	Natalia Monica.	1067815017	2	3	4	4			estudiante	Natalia monica
8	Sebastian Pabon	1066882205	1	3	4	4			estudiante	Sebastian pabon
9	Jesus Palmera	1141521300	1	3	4	4			estudiante	Jesus Palmera
10	Carlos Zabaleta	1065321427	1	3	4	4			estudiante	Carlos Zabaleta
11	Linda Duran	1137723412	2	3	4	4			estudiante	Linda Duran
12	Maria Manjarrez	1067618211	2	3	4	4			estudiante	Maria Manjarrez
13	Ingel S. Quintero	1065863586	2	3	4	4			estudiante	Ingel Sofia
14	Thaliana Sanchez	1066289229	2	3	4	4			estudiante	Thaliana Sanchez
15	Santiago Peña	1067615754	1	3	4	4			estudiante	Santiago José P.
16	Andrea Galindo	1067616384	2	3	4	4			estudiante	Andrea Galindo
17	Shaira Manga	1065845210	2	3	4	4			estudiante	Shaira Manga
18	Yeifer A Diaz	1065688200	1	3	4	4			estudiante	Yeifer A. Diaz
19	Kamilo Pumarejo	1065583112	1	3	4	4			estudiante	Kamilo Andres
20	William Gomez	1067618211	1	3	4	4			estudiante	William Gomez

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Urgoya FECHA: 7 de noviembre 2024

LUGAR: I E Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	María Polo.	1067618893	2	5	4	4			estudiante	Mª Gabriela Polo
2	Arelis Fonseca.	1084741704	2	3	4	4			estudiante	Arelis Fonseca
3	Isabella Guarin	1087913419	2	3	4	4			estudiante	Isabella Guarin
4	Felipe Pocha	1063491880	1	3	4	4			estudiante	A. Felipe Pocha
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: ____

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya.

FECHA: 7 de noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Tania Sofia Cordoba G	1031827021	2	3	4	4			Estudiante	Tania Cordoba
2	Andrea Camila Mendoza C	1066881009	2	3	4	4			Estudiante	Andrea Mendoza
3	Kenny Karolina Arias C	1067618435	2	3	4	4			estudiante	Kenny Arias
4	Yiceth Marley Morales Pinto	1067616349	2	3	4	4			estudiante	Yiceth Morales
5	Ariadna Espinoza Almendrales	1066880544	2	3	4	4			Estudiante	Ariadna Espinoza
6	Sofia Ocampo olivo	1025665771	2	3	4	4			estudiante	Sofia Ocampo
7	Shaira Sofia Avila Carcamo	1065656385	2	3	4	4			Estudiante	Shaira Avila C.
8	Salomé Aponte moreno	1066881215	2	3	4	4			Estudiante	Salomé Aponte M
9	Wendy Yicel Garcia D.	1065663533	2	3	4	4			Estudiante	Wendy garcia
10	Emily Sophia Becerra C	1066290275	2	3	4	4			estudiante	Emily Becerra.
11	Isabel Sofia Guzman R	1067516417	2	3	4	4			Estudiante	Isabel Guzman
12	Shiara Sofia Bolaño Gil	1066290141	2	3	4	4			estudiante	Shiara Bolaño G
13	Laurent Llanos tovar	1065806999	2	3	4	4			Estudiante	Laurenth llanos
14	Valerie Carrillo Granados	1065660271	2	3	4	4			estudiante	Valerie Carrillo.
15	Karol Daniela Rangel H	1067615301	2	3	4	4			Estudiante	Karoll Rangel
16	Sharit Romero Castilla	1065654357	2	3	4	4			Estudiante	Sharit Castilla
17	Luis Ramos Rodriguez	1051872792	1	3	4	4			Estudiante	Luis Ramos
18	Alison ochoa ospino	1066290412	2	3	4	4			Estudiante	Alison Ochoa O.
19	Luis Ramiro Bornacelli R	1066289906	1	3	4	4			Estudiante	Luis Bornacelli
20	Geronimo villalobos Ortiz	1066290591	1	3	4	4			Estudiante	Geronimo villalobos

*(PCD): Personas 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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4X4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientación

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Diego alejandro Campiño	1067618643	1	2	4	4			Estudiante	Diego Campiño
2	Luis Rodriguez	1066270360	1	3					Estudiante	Luis rodriguez
3	Wainer David lopez R.	1066290363	1	2	4	4			Estudiante	Waner Lopez
4	Yeji camila Acosta L	1067615415	2	3	4	4			Estudiante	Yeji Acosta.
5	Sara Camila Arias Castro	1064742645	2	3	4	4			estudiante	Sara Arias.
6	Yendri Nayeth Gutierrez	1066881810	2	3	4	4			estudiante	Jendri Gutierrez
7	Alexandra padilla argote	1066860011	2	3	4	4			Estudiante	Alexandra Padilla
8	Luis Andres lopez M.	1066287574	1	3	4	4			Estudiante	Luis A. 0912
9	Dorlan Gutierrez Sula	1065653890	1	3	4	4			Estudiante	[illegible]
10	Kristian Camilo Mieres	1067514769	1	3	4	4			Estudiante	Kristian Mieres
11	Andrea Valentina Castro	1065854345	2	3	4	4			estudiante	Castro Andrea
12	Diego Andres Pallares Arias	1066267068	1	3	4	4			Estudiante	Diego Pallares
13	Hammer Smit Martinez	1067618476	1	3	4	4			Estudiante	Hammer Smit
14	Isaias Ortiz Dominguez	1065844760	1	3	4	4			estudiante	Isaias ortiz
15	Jaime Arbelaez Garcia	1067015817	1	3	4	4			Estudiante	Jaime Arbelaez
16	Josesaniel usuga Gomez	1066290366	1	3	4	4			Estudiante	Jose Usuga
17	Alexander Diaz Ojeda	1067615676	1	3	4	4			Estudiante	Alexander Diaz
18	Juan David Barrios Reis	1066880200	1	3	4	4			Estudiante	Juan David
19	Nehuis David Coneo de la Hoz	1067617306	1	3	4	4			Estudiante	Nehuis coneo
20	Harold David Morales R	1067616472	1	3	4	4			estudiante	Harold Morales

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientación

RESPONSABLE: Kelly Pena Vigoya FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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 día 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 día) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 día) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 día) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 día) 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	Maria Jose Diaz Salazar	1067616780	2	3	4	4			Estudiante	Maria Jose Diaz
2	Tatiana Conforme Cadena	1065831263	2	3	4	4			Estudiante	Tatiana conforme
3	Dariana Negrete Ballesta	1062978182	2	3	4	4			Estudiante	Dariana negrete
4	Valerim Vanegas Rodriguez	1065657901	2	3	4	4			Estudiante	Valerim Vanegas
5	Jeison Rivera R	1067612110	1	3	4	4			Estudiante	Jeison Rivera
6	Alejandra Martinez Martinez	1065809383	2	3	4	4			Estudiante	Alejandra Martinez
7	Evelin Daza De la Cruz	1065652365	2	3	4	4			Estudiante	Evelin Daza
8	Juan Pablo Machuca	1067612204	1	3	4	4			Estudiante	Juan Pablo Machuca
9	Valeria Sofia Bohorquez	1030636554	2	3	4	4			Estudiante	Valeria Boho
10	Shara Lemus Martinez	1065660172	2	3	4	4			Estudiante	Shara lemus
11	manuel Julian Acosta	1065651886	1	3	4	4			Estudiante	Acosta M.
12	Manuel Duarte Surmay	1066210274	1	3	4	4			Estudiante	Manuel D.
13	Juan Pablo Florez Camilo	1065657506	1	3	4	4			Estudiante	Juan Pablo
14	Alvaro jose CASTILLA O	1066288230	1	3	4	4			Estudiante	Alvaro J.
15	James David Ferreira Rojas	1067615490	1	3	4	4			Estudiante	James D.
16	Franders Forsseca Hernandez	1065846048	1	3	4	4			Estudiante	Franders
17	Juan Sebastian Arrieta	1043596344	1	3	4	4			Estudiante	Juan Sebast.
18	Santiago Carvajal G	1066881892	1	3	4	4			Estudiante	Santiago C.
19	Angel Orozco Cadena	1067616788	1	3	4	4			Estudiante	Angel Orozco C
20	Maria Jose Cuadro	1067612668	2	3	4	4			Estudiante	Maria Cuadro

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya FECHA: 7 de Noviembre de 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE		TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan Andres Diaz Florez	1067616780	1	3	4	4				Estudiante	
2	Brayan Estrada Diaz	1176463548	1	3	4	4				Estudiante	Bra Yan E.
3	William Arzaga Diaz	1066290342	1	3	4	4				Estudiante	William Arzaga
4	Jhon Janner Obregon A	1067618109	1	3	4	4				Estudiante	Jhon Janner obregon
5	Sharenna Vides Alvariño	1066880677	2	3	4	4				Estudiante	Sharenna Vides
6	Shairth Iturrago B	1052985274	2	3	4	4				Estudiante	Shairth Iturriago
7	Dayra Vilcahuaman	1066880358	2	3	4	4				Estudiante	Dayra Vilcahuaman
8	Isabella Melendez Martinez	1067618079	2	3	4	4				Estudiante	Isabella Melendez
9	Isabel Mendoza Fragozo	1137724074	2	3	4	4				Estudiante	Isabel Mendoza
10	Sheily Yiseth Aly Bolaño	1067618064	2	3	4	4				Estudiante	Sheily Aly
11	Alisson Sofia Yepez Lopez	1066880690	2	3	4	4				Estudiante	Alisson Yepez
12	Milan Martinez Mieles	1067616647	1	3	4	4				Estudiante	Milan Martinez Mieles
13	Jireth Sofia De Oro Gomez	1112056439	2	3	4	4				Estudiante	Jireth De Oro
14	Meliza Yisel Arrieta G	1066899622	2	3	4	4				Estudiante	Meliza Arrieta
15	Luzeiry Hernandez Torres	1065670280	2	3	4	4				Estudiante	Luzeiry Hernandez
16	Amy Celeste Herrera N	1066881385	2	3	4	4				Estudiante	Amy Herrera
17	Gabriela Orcasita P	1066877509	2	3	4	4				Estudiante	Gabriela Orcasita
18	Samuel David Polo Zuñiga	1066288703	1	3	4	4				Estudiante	Samuel Polo
19	Maria Isabel Gomez	1066881206	2	3	4	4				Estudiante	Maria Gomez
20	Daniel Oviedo Cantillo	1067616477	1	3	4	4				Estudiante	Daniel Oviedo

*(PCD): Personas 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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEADY

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kely Peña Vigoya

FECHA: 7 noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 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	JOUER DITTEL STIVEN N	1065656982	1	3	4	4			Estudiante	Stiven NJ
2	Luis David Flores M	1066881386	1	3	4	4			Estudiante	Luis Flores
3	Jhon cervantes V	1044645600	1	3	4	4			Estudiante	Jhon Cervantes
4	Yuliana Nieves Arevalo	1031827704	2	3	4	4			Estudiante	Yuliana Nieves
5	Angelia Peralta Hoyos	1066290449	2	3	4	4			Estudiante	Angelia P
6	Annait Tetay Roñet	1066290439	2	3	4	4			Estudiante	Annait Roñet
7	Emmanuel Useche C.	1130279209	1	3	4	4			Estudiante	Emmanuel Useche
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.

CARRERA 9 No 168-51 Barrio El Centro 2 piso
e-mail: salud@valledupar-cesar.gov.co

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: orientacion

RESPONSABLE: Key Peña Yiqova FECHA: 07/11/2024.

LUGAR: Comisiro Raul Maestre.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 28 días) 5. ADULTEZ (29 días 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 lucia Tobias	1068746866	2	3	4	4			estudiante	Ana lucia tobias
2	ELIASIB salas	1140416923	2	3	4	4			estudiante	Eliasib salas
3	Isabella Rios	1067613089	2	3	4	4			estudiante	Isabella Rios
4	EDWARDS RIOS	1065846699	1	3	4	4			estudiante	Edwars Rios z.
5	Ana Sofia Quiroz	1066188090	2	3	4	4			estudiante	Ana Sofia Quiroz
6	Yelena Quesada	1065642198	2	3	4	4	1		estudiante	Yelena quesada.
7	Yhosellyn Puello	1067605380	2	3	4	4			estudiante	Yhosellyn Puello
8	Milagro Pineda	1067606803	2	3	4	4			estudiante	Milagro Pineda
9	Yhonel Perez	1067614079	1	3	4	4			estudiante	Yonel Perez
10	Elkin Perez	1102638095	1	3	4	4			estudiante	Elkin Perez
11	Gabriel Orozco	1028945469	1	3	4	4			estudiante	Gabriel orozco
12	Santiago negrete	1062978811	1	3	4	4			estudiante	Santiago negrete
13	Alejandro Molina	1063959605	1	3	4	4			estudiante	Alejandro Molina.
14	Esteban Molina	1066286066	1	3	4	4			estudiante	Esteban Molina.
15	Wendy Mieles	1098075502	2	3	4	4			estudiante	Wendys Mieles
16	Jeisson Martinez	1065620445	1	3	4	4			estudiante	Jeisson Martinez
17	Zhareth Hernandez	1011514999	2	3	4	4			estudiante	Zhareth Hernandez
18	Jesus Hernandez	1065643006	1	3	4	4			estudiante	Jesus Hernandez
19	Eliecer Hernandez	1127588672	1	3	4	4			estudiante	Eliecer H
20	Fhiona Hernandez	1066289159	2	3	4	4			estudiante	Fhiona Hernandez.

*(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

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Urquia FECHA: 7/11/2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Cristian Quintero	1068288090	1	3	4	4			Estudiante	Cristian Quintero
2	Emily Sofia G.	1067611784	2	3	4	4			estudiante	Emily Sofia G.
3	Stefany Diaz	1043010322	2	3	4	4			estudiante	Stefani Diaz H.
4	Ma Alejandra. L.	1137727414	2	3	4	4			estudiante	Maria Alejandra L.
5	Sharon Juliana B.	1067611465	2	3	4	4			estudiante	Sharon Juliana B.
6	Jose Cervantes	1130271461	1	3	4	4			estudiante	José cervantes
7	Luis M. Delgado	1067611433	1	3	4	4			estudiante	Luis Miguel Delgado
8	Saray Garcia.	1067615341	2	3	4	4			estudiante	Saray Garcia
9	Juan J Gomez	1067617233	1	3	4	4			estudiante.	Juan J. Gomez
10	Sara Cano.	1067614148	2	3	4	4			Estudiante	Sara Cano.
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

HEADY

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientación

RESPONSABLE: Kely Peña Vigoya

LUGAR: IE Casimiro Paul Maestre FECHA: 7 noviembre 2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1.HOMBRE 2.MUJER 3.LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 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	Sebastian trespalacio	1085102662	1	3	4	4			Estudiante	Sebastian Palacio
2	Ebed Shaday Peña	1067614560	2	3	4	4			Estudiante	Ebed Shaday Peña
3	Jefren torres	1067616419	1	3	4	4			Estudiante	Jefrem Torres
4	Sebastian parra	1066292050	1	3	4	4			Estudiante	Sebastian Parra
5	Miguel rojas	1066299751	1	3	4	4			Estudiante	Miguel rojas
6	Juan Jose ortiz	1066239448	1	3	4	4			Estudiante	Juan ortiz
7	Juan pablo negrete	1067610127	1	3	4	4			Estudiante	Juan negrete
8	Myran Zuñiga	1067611251	2	3	4	4			Estudiante	Myran Zuñiga
9	Gabriela martinez	1065114092	2	3	4	4			Estudiante	Gabriela martinez
10	Jose sanjuan	1067614200	1	3	4	4			Estudiante	Jose Sanjuan
11	Diego Diaz	1066236332	1	3	4	4			Estudiante	Diego Diaz
12	Luz Sanith Guerra	1067609320	2	3	4	4			Estudiante	Luz Guerra
13	Manuela manjarres	1065650375	2	3	4	4			Estudiante	Manuela manjarrez
14	Luz adriana quevedo	1126237645	2	3	4	4			Estudiante	Luz Quevedo
15	Valentina Dangond	1065116946	2	3	4	4			Estudiante	Valentina Dangond
16	Yerli moreno	1096703062	2	3	4	4			Estudiante	Yerly Moreno
17	Adriana reles	1067614973	2	3	4	4			Estudiante	Adriany Reles
18	Andres gil	1066294778	1	3	4	4			Estudiante	Andres Gil
19	Martinez Laura	1066294738	2	3	4	4			Estudiante	Laura Martinez
20	Ruth esther toro	1066237391	2	3	4	4			Estudiante	Ruth toro

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia UBA TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kely Pena V19049 FECHA: 7 noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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 (60 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	Maria Varela	1007615886	1	3	4	4			Estudiante	Maria Varela
2	Maria Salcedo	1065673514	2	3	4	4			Estudiante	Maria Salcedo
3	Roxa Perez	1066899776	2	3	4	4			Estudiante	Roxa Perez
4	Luz Daniela Martinez	1067655669	2	3	4	4			Estudiante	Luz Martinez
5	Nicolas Rodriguez	1051670313	1	3	4	4			Estudiante	Nicolas Rodriguez
6	Nicol Duran	1066875606	2	3	4	4			Estudiante	Nicol duran
7	Wilmer Isabel	1065645304	1	3	4	4			Estudiante	Wilmer Isabel
8	Roberth Camargo	1063791893	1	3	4	4			Estudiante	Roberth Camargo
9	Victor guardia	1065920243	1	3	4	4			Estudiante	Victor guardia
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4

RESPONSABLE: Kely Peña Vigoya FECHA: 7 noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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	Eliecer Benitez	1079169200	1	3	4	4			Estudiante	E.B.V
2	Jose Angel Gamarra	1066280360	1	3	4	4			Estudiante	
3	Samuel Barbosa	1065652305	1	3	4	4			Estudiante	
4	Joseph Cadena	1104829067	1	3	4	4			Estudiante	
5	Zaid Aponte Moreno	1066878625	1	3	4	4			Estudiante	
6	Samuel Mantilla P	1066879303	1	3	4	4			Estudiante	Samuel Mantilla
7	Luis Fernando Arias	1065686881	1	3	4	4			Estudiante	
8	Johan Sebastian Fontalvo P.	1066288283	1	3	4	4			Estudiante	
9	Victor Quintana M.	1065650475	1	3	4	4			Estudiante	
10	Octavio Amaris	1067613500	1	3	4	4			Estudiante	O.F.Amaris
11	Daniel Andrés Flórez	1066284304	1	3	4	4			Estudiante	
12	Bernardo Esquivel	1066290028	1	3	4	4			Estudiante	
13	Ismael Perez	1066287774	1	3	4	4			Estudiante	
14	Jesus Vergara	1066870560	1	3	4	4			Estudiante	Jesus Vergara
15	Maite Castro	1066288756	2	3	4	4			Estudiante	Maite Castro
16	Victoria Garcia M	1065847625	2	3	4	4			Estudiante	Victoria G.
17	Saray Mejia	1066288351	2	3	4	4			Estudiante	Saray Mejia
18	Adriana Saray	1067614011	2	3	4	4			Estudiante	
19	Karol Patricia Guillen	1067612964	2	3	4	4			Estudiante	Karol.
20	Zaida Jerez Cantillo	1067613568	2	3	4	4			Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kely Peña Viloya FECHA: 7 Noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Karol Garcia Medina	1067615130	2	3	4	4			Estudiante	Karol Garcia
2	Maria Jose Ramirez Cañas	1066286624	2	3	4	4			Estudiante	Maria Canas
3	Jeisson Jose Martinez R.	1065620445	1	3	4	4			Estudiante	Jeisson Martinez
4	Jose Jair Fuentes Ortega	1067610140	1	3	4	4			Estudiante	Jose Fuentes
5	Natalia Sofia Fonseca	1066879128	2	3	4	4			Estudiante	Natalia Fonseca
6	Cristian Ronaldo Tapia	1065842976	1	3	4	4			Estudiante	Cristian Tapia
7	Adrian Castilla Teran	1065638550	1	3	4	4			Estudiante	Adrian Castilla
8	Maria Jose Pabon Olmedo	1066879519	2	3	4	4			Estudiante	Maria Jose Pabon
9	Samuel Elias Ortiz C.	1105477706	1	3	4	4			Estudiante	Samuel Ortiz C.
10	Melany Florez Guevara	1067609206	2	3	4	4			Estudiante	Melany Florez.
11	Johefnis Barquero Pena	1066285171	2	3	4	4			Estudiante	Johefnis Barquero
12	Luisa Fernanda Bolaño	1066287523	2	3	4	4			Estudiante	Luisa Fernanda
13	Karen Mejia Gonzalez	1114156130	2	3	4	4			Estudiante	Karen Mejia G
14	Maria Jose Altahona	1085010036	2	3	4	4			Estudiante	Maria Jose Altahona
15	Yarangel Perez Granados	1067013322	2	3	4	4			Estudiante	Yarangel Perez G.
16	Dana Sofia Florez Aguirre	1065649708	2	3	4	4			Estudiante	Dana Florez
17	Katiana Meza Florez	1067611946	2	3	4	4			Estudiante	Katiana Meza
18	Dana Michel Vides A	1067615454	2	3	4	4			Estudiante	Dana Vides
19	Kelly Garcia Romero	1065654137	2	3	4	4			Estudiante	Kelly Garcia
20	Hellen Rodriguez Barraza	1066879697	2	3	4	4			Estudiante	Hellen Rodriguez

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia 4x4 TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Orientacion

RESPONSABLE: Kelly Peña Vigoya FECHA: 7 Noviembre 2024

LUGAR: IE Casimiro Raul Maestre

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 días 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	Jahilys Martinez Vega	1005654360	2	3	4	4			Estudiante	Jahilys Melissa M
2	Maria Camila Rochel	1005631046	2	3	4	4			Estudiante	Maria Camila Rochel
3	Anderson Acosta Ojeda	1067615675	1	3	4	4			Estudiante	Anderson Acosta
4	Matias Daniel Fontalvo	1066288928	1	3	4	4			Estudiante	Matias Fontalvo
5	Hallyster Garcia Vergara	1067611656	2	3	4	4			Estudiante	Hallyster Garcia
6	Yulian Santiago Sinning	1067614172	1	3	4	4			Estudiante	yulian Sinning
7	Pablo Emilio Rivero	1064792099	1	3	4	4			Estudiante	Pablo Emilio R.
8	Hermes Suarez Diaz	1066289607	1	3	4	4			Estudiante	Hermes Suarez
9	Jesus David Varela Toro	1065642709	1	3	4	4			Estudiante	Jesus David V
10	Sarai Ortiz Cano	1066877306	2	3	4	4			Estudiante	Sarai ortiz cano
11	Manuela Perez Arzuaga	1067014807	2	3	4	4			Estudiante	manuela Perez
12	Jair Duarte Suaq	1065650654	1	3	4	4			Estudiante	Jair Duarte
13	Daniel jose Esquivel	1065645736	1	2	4	4			Estudiante	Daniel esquivel
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

AMO

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

PRIMERA ORIENTACION PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO EN LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EDUCACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

TECNICO JOSE EUGENIO MARTINEZ

VALLEDUPAR/2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	HÁBITOS SALUDABLES Y ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES										
LUGAR:	IE JOSE EUGENIO MARTINEZ			**FECHA**	1 de noviembre de 2024		**HORA INICIO**	4:20 pm			
							HORA FINAL	4:35 pm			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	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 del alcohol y tabaco con el fin de contribuir con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las instituciones educativas programadas del municipio de Valledupar										
OBJETIVO:	Concertar la realización de la segunda orientación sobre las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial de colegios públicos.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 1 de noviembre de 2024 siendo las 4:20 PM se reúnen en las instalaciones de la Institución educativa IE José Eugenio Martínez, la coordinadora Martha Luz Gutiérrez Oliveros y la referente de la dimensión hábitos de vida saludables y enfermedades no trasmisibles del PIC Kely Peña Vigoya con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "cuatro por cuatro".

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 la primera orientación en salud dirigidas a Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial del grado Educativo Secundaria (6-7-8 Grado), cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable. 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.

En virtud de lo anterior, la coordinadora expresa su conformidad con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención. El miércoles 13 de noviembre se llevará a cabo la planificación y organización del espacio necesario para la primera orientación, la cual se desarrollará en las aulas de clase de la Institución Educativa (IE). Este espacio ha sido seleccionado debido a que no existen otras opciones dentro de la institución que cuenten con las condiciones adecuadas para acomodar a un grupo amplio de estudiantes. Además, es relevante señalar que, en la fecha programada para la orientación, la institución estará realizando actividades de nivelación, lo que limita la disponibilidad de otros espacios y horarios para este tipo de eventos. Por lo tanto, esta fecha ha sido considerada como la única opción viable para llevar a cabo la orientación a los grados 601, 602,701, 702 ,801 y 802 en jornada de la tarde.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar la primera orientación según lo descrito en el cronograma establecido.	PIC- SAN 1	1 de noviembre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes.	IE JOSE EUGENIO MARTINEZ	1 de noviembre de 2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS





ANEXOS:	No aplica		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Kely Peña	
	Nombre:	KELY PEÑA VIGOYA	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	KELY PEÑA VIGOYA		Kely Peña
	MARTHA LUZ GUTIÉRREZ OLIVEROS		

Valledupar 20 de septiembre de 2024

SEÑOR:
RONNY YESID VILLEGAS LOZANO
Rector Institución Educativa Técnico José Eugenio Martínez

Cordial saludo

Con el objetivo de promover en la comunidad estudiantil hábitos y estilos de vida saludables y dar a conocer 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 mediante actividades lúdico educativas en el entorno educativo de secundaria (grados sexto, séptimo y octavo) con el objetivo de contribuir al mejoramiento de este entorno y favorecer estilos de vida saludables en zona urbana 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 todos los alumnos de los grados sexto, séptimo y octavo para enriquecer estas sesiones con sus experiencias y preguntas.

El propósito de esta actividad es proporcionar información valiosa y actualizada sobre estilos de vida saludables, fortalecer el conocimiento de la comunidad educativa sobre promover el autocuidado, transformación positiva de los entornos educativos para los modos, condiciones y estilos de vida saludables. Creemos que este programa será de gran utilidad para las familias de la comunidad y contribuirá al bienestar de sus miembros.

Esperamos su colaboración para programar las actividades y llevar a cabo la estrategia, agradecemos su apoyo en esta importante

Institución Educativa Técnico
"José Eugenio Martínez"
RECIBIDO
Firma: Maria A. Alfaro G
Fecha: 20-09-2024
Hora: 12:16 m

Atentamente,

Kely Dulfay Peña Vigoya
Enfermera Jefe-HEAD
Cel: 3007804480

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	VIDA SALUDABLES Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES										
LUGAR:	IE JOSE EUGENIO MARTINEZ			**FECHA**	13 DE NOVIEMBRE DE 2024			**HORA INICIO**	2:00AM		
								HORA FINAL	5:00AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud					
TEMA:	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 del alcohol y tabaco con el fin de contribuir con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las instituciones educativas programadas del municipio de Valledupar										
OBJETIVO:	Realizar la primera orientación de la estrategia cuatro por cuatro en la IE José Eugenio Martínez con el fin de contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable.										
POBLACIÓN OBJETIVO	Infancia Adolescencia, con enfoque diferencial de colegios públicos.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El 13 de noviembre de 2024, a las 2:00 pm, se lleva a cabo una reunión en las instalaciones de la Institución Educativa José Eugenio Martínez, con el acompañamiento de la coordinadora Martha Luz Gutiérrez Oliveros. Durante esta primera orientación, el equipo de la Dimensión de Saludables y Condiciones No Transmisibles del PIC inicia la actividad presentando a los miembros del equipo y explicando el objetivo de la actividad organizada bajo la estrategia "Cuatro por Cuatro".

La orientación se llevó a cabo en las aulas de clase, ya que este espacio fue seleccionado debido a la falta de otras opciones dentro de la institución que cuenten con las condiciones adecuadas para albergar a un gran número de estudiantes. Además, es importante considerar que, en la fecha seleccionada para la orientación, la institución estaba llevando a cabo actividades de nivelación, lo que limitaba la disponibilidad de otros espacios y horarios para eventos como este. Por lo tanto, se considerará que esta sería la única fecha viable para realizar la actividad. En consecuencia, se intervino en los grados 601, 602, 701, 702, 801 y 802.

1. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En la orientación N°1 se realizó una actividad educativa con el propósito contribuir al mejoramiento del entorno educativo, de acuerdo a lo descrito en la planeación metodológica, que permita informar y fortalecer el conocimiento sobre el promover el autocuidado y la importancia de los hábitos para alcanzar un estilo de vida saludable.

Para esto se realizó la presentación de las temáticas utilizando recursos visuales en diapositivas, pendón araña para visibilizar la actividad y facilitar la comprensión de los temas tratados, entrega de premios como incentivo por la participación de los estudiantes.

1.2. DILIGENCIAMIENTO DE PRETEST

Se realizaron preguntas pre test antes de presentar las temáticas para evaluar los conocimientos previos y así reforzar en las debilidades.

1.3. DESARROLLO DE LOS TEMAS

Con la ayuda de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

¿QUÉ SON LOS HÁBITOS SALUDABLES?

Son un conjunto de conductas o comportamientos que asumimos como propias en nuestro día a día, para lograr un desarrollo y bienestar, sin atentar contra sí mismo, dentro de este contexto los hábitos que debemos aplicar en nuestra vida son:



- Alimentación saludable (Reducir el consumo excesivo de sal, azucares y conservantes)
- Actividad física
- No consumir alcohol, tabaco, ni sustancias psicoactivas
- Cuidado con la visión
- Reconocer factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

¿BENEFICIOS DE IMPLEMENTAR HÁBITOS SALUDABLES?

Adoptar hábitos nuevos y más saludables puede protegerlos de problemas de salud

- Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes.
- Mejor salud mental, reduciendo el estrés y la ansiedad, mejorando el estado de ánimo y la salud emocional.

ORIENTACIÓN HACIA UN PLAN ALIMENTARIO SALUDABLE: Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.

1. Recomendaciones nutricionales a los estudiantes
2. Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
3. 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.

BENEFICIOS QUE NOS BRINDA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



1. Mejora la salud física
2. Control del peso
3. Aumento de energía
4. Mejora la digestión
5. Fortalecimiento del sistema inmunológico
6. Salud mental
7. Mejora de la piel y el cabello
8. Salud ósea

Adoptar hábitos alimenticios saludables puede transformar no solo tu salud, sino también tu bienestar general.

¿QUÉ ES LA ACTIVIDAD FÍSICA? La actividad física es cualquier movimiento corporal que implica el uso de los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía. Esto incluye una amplia gama de actividades, como:

- Caminar
- Correr
- Bailar
- Practicar deportes
- Trabajar en el jardín o realizar tareas domésticas.





GRANDES BENEFICIOS DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

- Favorece el control de peso previniendo la obesidad
- Mejora la circulación sanguínea
- Favorece el sueño profundo y el descanso
- Disminuye el riesgo de padecer de ansiedad, estrés y depresión
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima

¿QUE ES EL SEDENTARISMO?



La falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas.

1.4. DESARROLLO DE ACTIVIDAD LÚDICA EDUCATIVA

En el desarrollo de la estrategia 4x4 se aplicó la actividad lúdica educativa "CORRE PARA GANAR", esta consistió en armar 3 grupos de 5 participantes uno grupo por cada grado (6, 7 y 8), donde cada participante debía tomar de una caja sorpresa una figura representativa de los hábitos saludables a trabajar para participar en cada ronda, esta figura era alusiva a (1. Alimentación saludable, 2. actividad física y la movilidad activa). Posteriormente a ello se ubicaron en un punto de salida para iniciar una carrera con obstáculos y luego llegaron a la macro cartelera saludable, donde ubicaron la figura tomada en el punto de salida, al finalizar colocaron todas las figuras las cuales eran 5 por cada grupo.

Los ganadores al finalizar pasaron al frente de la cartelera, al lado de la figura que colocaron, donde en

ella encontraran información sobre los hábitos a los que representan, expresaron a los demás asistentes el por qué habían colocado las figuras en la cartelera, llevando así a un análisis y reflexión de la respuesta generada.

1.5. DILIGENCIAMIENTO DE POSTEST

Para finalizar se realizó un postest con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos durante la intervención a los estudiantes.

El objetivo de la realización de pretest y el postest a 192 estudiantes son las siguientes:

- **Medir el Conocimiento Inicial:** Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre conceptos de alimentación saludable y los beneficios de la actividad física antes de la intervención.
- **Evaluar Cambios en el Conocimiento:** Determinar el impacto de la intervención educativa en el conocimiento de los estudiantes sobre la nutrición y la actividad física después de la capacitación.
- **Identificar Actitudes y Comportamientos:** Analizar si hay cambios en las actitudes hacia la alimentación y la actividad física, así como en la intención de adoptar hábitos más saludables.
- **Promover Hábitos Saludables:** Fomentar una cultura de salud entre los estudiantes, incentivando la práctica de una alimentación equilibrada y la actividad física regular.
- **Recopilar Datos para Mejorar Programas:** Utilizar los resultados para ajustar y mejorar futuras intervenciones educativas relacionadas con la salud.

2. RESULTADOS PRETEST Y POSTES

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,124 contestaron correctamente en el prestet y 171 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 68 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, 148 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 176. Además, en cuanto a las respuestas

incorrectas, 44 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 16 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, 133 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 183.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo:59 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 9 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, 146 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 178. En el pretest, 46 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 14 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 113 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 180.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 81participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 12 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 113 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 183 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 79, cifra que se redujo significativamente a 9 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, 102 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 170.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 90 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 22 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



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	91	101	192
POSTEST	174	18	192

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, 91 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 174, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 101 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



	RESPUESTA CORECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
PRESTEST	95	97	192
POSTEST	185	7	192

En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 95 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 185 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, 97estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 7 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 77estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 172 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 115 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 20 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

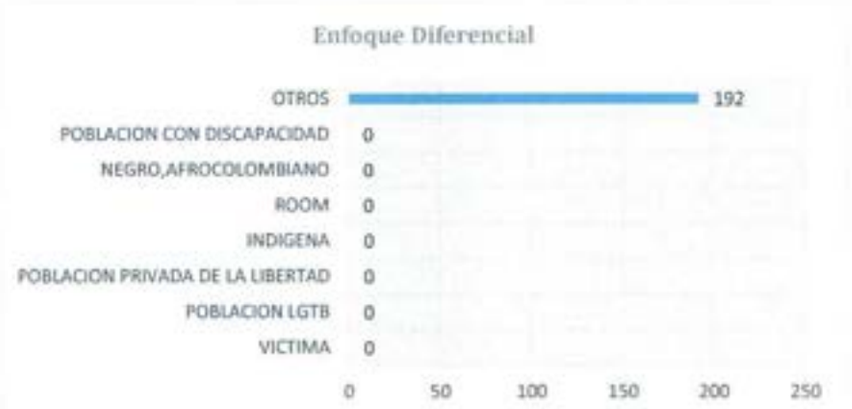
Orientación 1.



La primera orientación contó con la participación de 192 estudiantes de los grados 601,602,701,702,801,802 de los cuales el 102 pertenecen al género masculino; y 90 al género femenino y ninguno de los participantes se reconoce dentro de la población LGTB.



Respecto a la edad de los participantes se conoce que 192 pertenecen al curso de vida adolescencia que se ubican en las edades comprendidas entre los 12 a 17 años.



Respecto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se obtuvo que los 192 participantes no se auto reconocen en ninguno de los grupos establecidos. Cabe aclarar que eeste alto porcentaje puede atribuirse a que muchos de estos jóvenes, por su edad y grado de madurez, aún no han tenido la oportunidad de familiarizarse con conceptos como el enfoque diferencial.

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.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** sobre la importancia de los hábitos saludables en su vida diaria. Reconociendo que una alimentación equilibrada y la actividad física regular son fundamentales para su bienestar físico y mental.	Estudiantes y docentes	Permanente
2	**Compartir la Información** Compartir la información con el fin inspirar a otros a unirse a ellos en este camino hacia un estilo de vida más saludable y activo.	Estudiantes y docentes	Permanente
3	**Facilitar Asesoría Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales idóneos para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir estilo de vida más saludable.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Registro fotográfico 13 de noviembre de 2024

Primera Orientación en salud - Institución educativa José Eugenio Martínez







ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Kely Dulfay Peña Vigoya	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**
	Kely Dulfay Peña Vigoya		
	Martha Luz Gutiérrez Oliveros		

INSTITUCION EDUCATIVA TÉCNICA
José Eugenio Martínez
Resolución de Aprobación N° 00175 de 28 de marzo de 2023
NIT: 800.090.099-5 Código DANE: 120001000018

LA COORDINADORA GENERAL DE LA JORNADA DE LA TARDE

CERTIFICA:

Que la señora **KELY DULFAY PEÑA VIGOYA,** Desarrolló la primera orientación de la estrategia 4 × 4 en la promoción de alimentación saludable educación en actividad Física de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles el día 13 de noviembre del presente año en los grados 6°,7° y 8° correspondiente al plan de intervenciones colectivas PIC-2024, liderada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza HEAD.

La presente constancia se expide en Valledupar a los 16 días del mes de diciembre del 2024

MARTHA LUZ GUTIÉRREZ OLIVEROS
Coordinadora Jornada Tarde

TELEFONO ACTUAL **6055713711**
DIRECION: CALLE 18B N°30ª 54 BARRIO MANANTIAL
Correo: eejoseeugeniomartinez@semvalledupar.gov.co

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Estrategia YKY TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Orientacion.

RESPONSABLE: KELY Peña Ubeda FECHA: 13-11-2024

LUGAR: IE Cdc Eugenio Martinez

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	Angelica León Campuzano	1067621671	2	3	4	4			Estudiante	Angelica León
2	Sharleth Bello	1066884514	2	3	4	4			Estudiante	Sharleth Bello
3	Andrea Cerda Arrieta	6552887	2	3	4	4			Estudiante	Andrea Cerda
4	Maura Castro Sarmiento	1065644361	2	3	4	4			Estudiante	MAURA CASTRO
5	Nicole Luquez Gonzalez	1066880429	2	3	4	4			Estudiante	Nicole Luquez
6	Victor Caña Mercado	1065663951	1	3	4	4			Estudiante	VICTOR CAÑA
7	Romero Barrios Delimar	1065633733	1	3	4	4			Estudiante	Romero Barrios
8	Santiago Cerda Arias	1066878885	1	3	4	4			Estudiante	Santiago cerda
9	Dulce Maria Vidal Moore	1066292741	2	3	4	4			Estudiante	Dulce Maria
10	Jorge Murgas Arrieta	1119838773	1	3	4	4			Estudiante	Jorge Murgas
11	Yeiner Bruno Rodriguez	1067616366	1	3	4	4			Estudiante	Yeiner Bruno
12	Brayan miranda Duran	1066883788	1	3	4	4			Estudiante	Brayan miranda
13	Eligiannis Fernandez	6114134	2	3	4	4			Estudiante	Eligiannis
14	Kelly Caña Sanchez	1137725267	2	3	4	4			Estudiante	Kelly Caña Sanchez
15	Yaileth Castrillon	1067619957	2	3	4	4			Estudiante	Yaileth castrillon
16	Diego Gonzales Mendoza	1065999234	1	3	4	4			Estudiante	Diego Alejandro
17	Jesus Barbosa Alfaro	1067615342	1	3	4	4			Estudiante	JESUS DAVID
18	Sofia Casas Alfaro	1065811713	2	3	4	4			Estudiante	Sofia Casas A.
19	Juan Baez Jaimes	1066876699	1	3	4	4			Estudiante	Juan Baez
20	Jhonatan Cabarcas	1066288653	1	3	4	4			Estudiante	Jhonatan Cabarcas

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.