ACTA DE VISITA Nº **17**

FECHA: 20 **DE JUNIO 2025.** HORA: **15:30.** TEMA: **RESOLUCIÓN 1562/2012 Y APLICATIVO WEB - RESOLUCION 754/2021.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO Y LIZZETH BENAVIDES.** LUGAR: **UNICORSALUD.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL.**
Siendo las 18: 00 del día 20 de junio del 2025, inicia socialización en el ambiente estudiantil de la UNICORSALUD a estudiantes de pregrado en SST, en los temas de Resolución 1562/2012 y aplicativo web resolución 754/2021. Logrando socializar a 12 estudiantes de especialización y 1 docente.	
COMPROMISOS:	
Socializar con los estudiantes la forma de solicitar la licencia en SST por medio del aplicativo web del ministerio de salud y la importancia de estar afiliado a mi seguridad social.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL



ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1

ESPECIALIZACIÓN

Código MM-GD-SS-F-098

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: SOCIALIZACION CAPACITACIÓN
TEMA A TRATAR: RESOLUCIÓN 1502/2012 APLICATIVO WEB
FECHADE REALIZACION: 20 JUNIO 2025
FACILITADOR: ELIANA DIAZ - LIZZETH BELAUNDES

DIRECCIÓN: CARRERA 52 CON CALLE 64
LUGAR: UNICORSALUD
LOCALIDAD: NORTE CENTRO HISTORICO
HORA: 18:00

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA						TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
			1	2	3	4	5	6							
1	Natalia Arteaga	1192906404							3013339926				Unicorsalud.	Nataliaarteaga08@gmail.com	Natalia Arteaga
2	Noredis Medina	1148148857							3002880118				Unicorsalud	nmedinacastro05@Gmail.com	Noredis M
3	Shiney S. Villalobos Calvo	1065836314							3185148791				Unicorsalud	psico.shineyvillalobos@gmail.com	
4	Jasmin Gonzalez Nieto	72343261							3164480573				Unicorsalud	Jasgon7421@Gmail.com	
5	Jesus Sierra C.	1042438590							3003737319	F			Unicorsalud	Sierrajesus1878@Gmail.com	Jesus Sierra
6	Jose Hassan R	1143760942							3016757752	M			"	Josedavid.hassanr@gmail.com	
7	Juan Jose Olaya Franco	1.002.212553							3145461717	M			Unicorsalud	Juanolaya2001@hotmail.com	
8	Cristina Blanco	1140444324							3153597895	F			Comunidad	cristinablanco@unicorsalud.com	
9	Adryn Rodriguez Trocha	1045246431							3016797161	F			Unicorsalud	adynrodriguez2006@gmail.com	
10	Claudia Ramos S.	1082068434							3105478884	F			Unicorsalud	Claudiaeliza@gmail.com	
11	Yasmin Quintero M	55249523							3116809892	F			Unicorsalud	Coordoctor@hotmail.com	CD
12	Jennifer Moreno R.	1042425486							3046000745	F			Unicorsalud.	Jmarino1987@hotmail.com	Jennifer M.
13															
14															
15															

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para **CURSO DE VIDA** Marque con una X en la casilla 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o mas)
Para **SEXO** Marque con una X en la casilla (1 = Femenino) (2 = Masculino) (3 = LGBTI)
Para **ETNIA** Marque con una X en la casilla (1= AFRODESCENDIENTES) (2 = INDIGENA) (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO -), (5= OTRO)
Para **GRUPO VULNERABLE** Marque con el numero correspondiente (1=DISCAPACITADO) (2= DESPLAZADO) (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS)

PDF Scanner
ACE Scanner

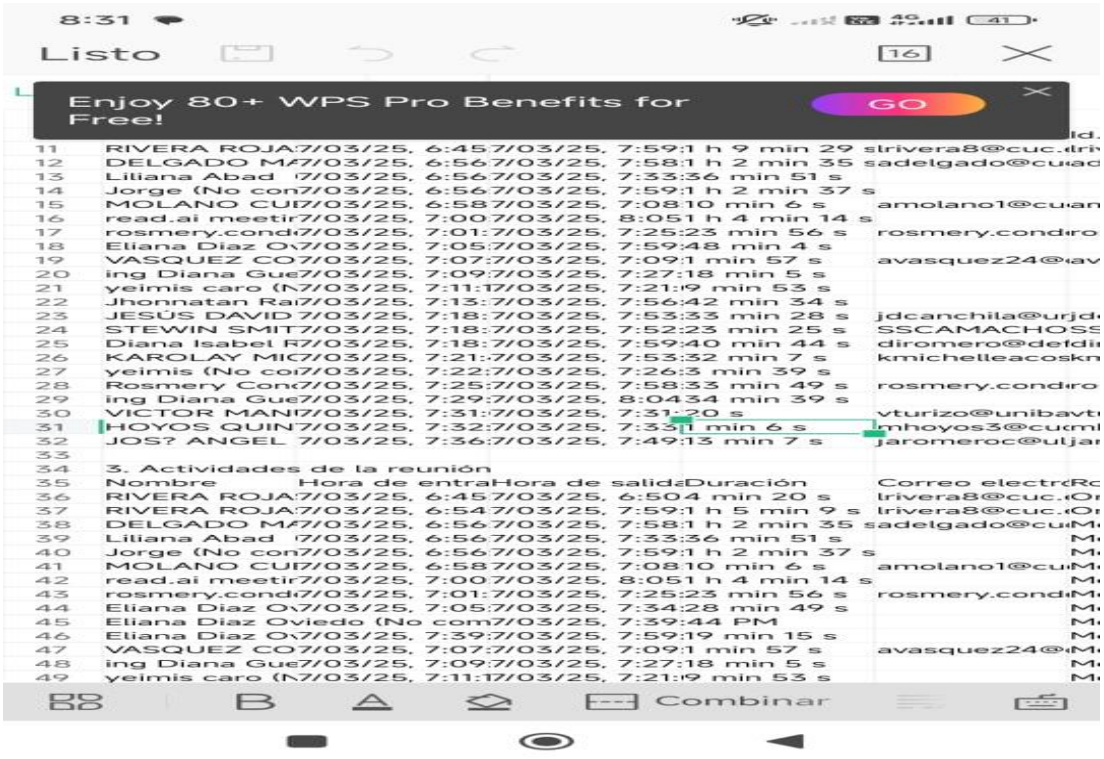
ACTA DE VISITA Nº **22**

FECHA: 03 **DE JULIO 2025.** HORA: **19:00.** TEMA: **APLICATIVO WEB MINSALUD.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO.** LUGAR: **WEBINAR.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL.**
Siendo las 19: 00 del día 03 de julio del 2025, nos reunimos de manera virtual con 11 estudiantes de especialización en SST de la CUC, para socializar el aplicativo web del ministerio de salud.	
COMPROMISOS:	
Enseñarles la manera correcta para la utilización de este aplicativo, documentos correctos a ingresar a la plataforma y resolución que aplica para esta.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL


WEBINAR:
ACTUALIZACIÓN DEL APLICATIVO WEB DEL MINISTERIO DE SALUD
La Especialización y Maestría en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo te invitan a participar en el webinar:
Facilitadora: Eliana Díaz
Fecha: Jueves, 03 de julio de 2025
Hora: 7:00 p.m.
Modalidad: Virtual
Mas informacion:
Ing. Laura Rivera Rojas
Tel: 3006239596
UNIVERSIDAD DE LA COSTA


8:31
Listo
Enjoy 80+ WPS Pro Benefits for Free!
GO
Combinar

ACTA DE VISITA Nº **18**

FECHA: **08 DE JULIO 2025.** HORA: **15:00.** TEMA: **RIESGOS EN SST,RESOLUCION 1562/2012 Y ENTORNO SALUDABLE HOGAR.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO, LIZZETH BENAVIDES Y GRUPO ENTORNO SALUDABLE.** LUGAR: **ESTACIÓN DE CLASIFICACIÓN Y APROVECHAMIENTO CORDIALIDAD.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL- ENTORNO SALUDABLE.**
Siendo las 15: 00 del día 08 de julio del 2025, inicia socialización en el punto estación de clasificación y aprovechamiento en la cordialidad, en los temas riesgos en SST, resolución 1562/2012 y entorno saludable en los hogares a 36 colaboradores de la asociación montes de Sion(Actividad económica reciclaje).	
COMPROMISOS:	
Concientizar a la población informal la importancia de el autocuidado y beneficios de estar afiliado a la seguridad social.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL


RECICLADOR


Mi Casa Será Llamada Casa de Oración mateo 21:13
La Fe No Conoce Derrota Crece y Se Fortalece en la Dificultad
MONTES DE SIONT


Crece
cultad
MONTES DE SIONT

ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1

Código: MM-SE-FI-F-069

FORMATO DE ASISTENCIA A EVENTOS O ACTIVIDADES EXTERNAS

NOMBRE ACTIVIDAD O EVENTO											
TIPO DE ACTIVIDAD O EVENTO						LUGAR O DIRECCIÓN					
FUNCIONARIO A CARGO						FECHA				HORA	
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	NO. IDENTIFICACIÓN	IDENTIDAD DE GÉNERO M: Masculino F: Femenino			ORGANIZACIÓN, DEPENDENCIA O GRUPO POBLACIONAL		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO	FIRMA
			M	F	Otro ¿Cuál?						
1	Roberto Fontalvo	1									
2	Isabel Cristina Coronel	1044643240									
3	Carlos Soto	7967572									
4	Jorge Delahoz	72236935									
5	Ricardo										
6	Luis Caro V	72342223									
7	Javier Merino	1087463149									
8	Hernan Mejia	72295080									
9	Yamila Gaviria	32760213									
10	Jose Mejia	7740848459									
11	Romulo de las Hoya	8533209									
12	Juan Contreras	7465794									
13	Natalia Hernandez	72239639									
14	Manuel Hoyos	72527050									

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012.

ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 5 - 1

Código: MM-SB-FJ-F-069

FORMATO DE ASISTENCIA A EVENTOS O ACTIVIDADES EXTERNAS

NOMBRE ACTIVIDAD O EVENTO											
TIPO DE ACTIVIDAD O EVENTO						LUGAR O DIRECCIÓN					
FUNCIONARIO A CARGO						FECHA			HORA		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	NO. IDENTIFICACIÓN	IDENTIDAD DE GÉNERO M: Masculino F: Femenino			ORGANIZACIÓN, DEPENDENCIA O GRUPO POBLACIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA		
			M	F	Otro ¿Cuál?						
1	BLEIN DJ -	1044291033									
2	yaneris Hernandez	1043666772									
3	Tonitayla Salas	1149439									
4	Carlos Ponce	32.682									
5	Eder Castro	12									
6	Yumberto Posada	8010169									
7	Juan Bello	72333416									
8	Wilmer Tuesca	7240907									
9	SHORY ORDOÑA	1143287891									
10	JESUS DAVID REALES	1129522									
11	Katherine Judex E.	1002035									
12	Yadira Pineda	52.042.815									
13	Javier Pacheco	72144897									
14	SOMEL	72245877									

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012.

Versión 1.1

Aprobación: 13/03/2024

ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1

Código: MM-SE-FI-F-069

FORMATO DE ASISTENCIA A EVENTOS O ACTIVIDADES EXTERNAS

NOMBRE ACTIVIDAD O EVENTO										
TIPO DE ACTIVIDAD O EVENTO						LUGAR O DIRECCIÓN				
FUNCIONARIO A CARGO						FECHA		HORA		
No.	NOMBRES Y APELLIDOS	NO. IDENTIFICACIÓN	IDENTIDAD DE GÉNERO M: Masculino F: Femenino			ORGANIZACIÓN, DEPENDENCIA O GRUPO POBLACIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO		FIRMA
			M	F	Otro ¿Cual?					
1	CARLOS MARIO HOYOS	1.047226153								
2	Estefano Kerkardt	27244912								
3	Roberto Cervantes									
4	GERMAN GUEVARA	72-127125								
5	Alberto Quintana									
6	Guillermo Angel	78016933								
7	Enrico Cadena	32845434								
8	JOSE OSORIO	72869850								
9										
10										
11										
12										
13										
14										

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012.

ACTA DE VISITA Nº **19**

FECHA: **12 DE JULIO 2025.** HORA: **06:30.** TEMA: **APOYO A LA ASOCIACIÓN MONTES DE SION EN LA RECOLECCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO Y GRUPO ENTORNO SALUDABLE.** LUGAR: **ALREDEDOR CARCEL DEL BOSQUE.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL- ENTORNO SALUDABLE.**
Siendo las 06: 30 del día 12 de julio del 2025, inicia embellecimiento en los alrededores de la cárcel del bosque.	
COMPROMISOS:	
Apoyar a esta asociación en el mantenimiento del entorno.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL





ACTA DE VISITA Nº **20**

FECHA: **15 DE JULIO 2025.** HORA: **06:30.** TEMA: **RIESGOS EN SST,RESOLUCIÓN 1562/2012 Y ENTORNO SALUDABLE EN LOS HOGARES.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO, LIZZETH BENAVIDES Y GRUPO ENTORNO SALUDABLE.** LUGAR: **INTENDENCIA FLUVIAL.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL- ENTORNO SALUDABLE.**
Siendo las 15: 00 del día 15 de julio del 2025, nos reunimos los programas dimensión salud y ámbito laboral-entorno saludable y otros entes ,para la socialización de los temas riesgos en SST, resolución 1562/2012 y entorno saludable en los hogares.	
COMPROMISOS:	
Concientizar a la población informal la importancia de el autocuidado y beneficios de estar afiliado a la seguridad social.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).




ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
SECRETARÍA DE CULTURA Y PATRIMONIO


ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
SECRETARÍA DE CULTURA Y PATRIMONIO



ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 -1

Código: MM-GD-SS-F-098

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: Sensibilización Recicladores
TEMA A TRATAR: Entorno Saludable - SST
FECHADE REALIZACION: 15 Julio 2025
FACILITADOR: Yarsen Arboleda, Eliana Diaz, Lizeth Bermudez, Fabian Prado, Nelson Betancur

DIRECCIÓN:
LUGAR: Intendencia Fluvial
LOCALIDAD: Norte Centro Historico
HORA: 15:00

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA 1	2	3	4	5	6	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yeison Vidal Diaz	1.044696441								F					
2	Alvaro Jurado	32769136								F					
3	Tilson Pacheco	72203602							3017460741						
4	Mileidis Arrazola	1045740928							3017460741						
5	Isabel Salvaron Prado	1002209807							3049564864	F			Asdecapre	Isabelsalvaron04@gmail	
6	Sandra Acosta C	32897283							3016482858	F					
7	Leider Nuñez	72261860							3014748	M				-leider	Leidar
8	Eunice Cassiani	22844972							3005063971					Eunice	Eunice
9	Cesar Freyle	1045691972							3005063971						
10	Marilyn Avila	21.581.687													
11	[illegible]	8771164													
12	Richard Garcia	7458035							3042786955						
13	Miguelina Cuao	57478049							3042786955						
14	Manuel De La Hoz	28009488							3017746293				Adevolver	Manuel de Jesus 3012	
15	Gabi Prado	1045691641							3005560897				Adevolver	Coordinador adevolver	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para **CURSO DE VIDA** Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)
Para **SEXO** Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)
Para **ETNIA** Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO -), (5= OTRO)
Para **GRUPO VULNERABLE** Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS).

ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1

Código: MM-GD-SS-F-098

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: APOYO Intersectorial
TEMA A TRATAR: Sencibilizacion Recicladores S.S.T.
FECHADE REALIZACION: 15 de Julio 2025.
FACILITADOR: Fabian Paco / Tasset. Abdala Nelson Deluncon T. Eliana Diaz, Lizzeth

DIRECCIÓN:
LUGAR: Intendencia Fluvial.
LOCALIDAD: Centro Norte Histórico
HORA: 3:00 Pm / 6:00 Pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA 1	2	3	4	5	6	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mo Fernanda Polo Cg	1140875717.											Barranquilla Verde		
2	Dayana Acosta Lara	1140870252					X		3005235813	F			B/quilla verde	dayanaacostalara6 gmail.com	
3	Efrain Jaramillo C	1046336344					X		3004602572	M			B/q Verde	efrainyc22@gmail.com	
4	Carlos Karina M.	1121342918 48					X		3004888882	F			B/q Verde		
5	Jhon Jimenez	7231191							3225870200	M					
6	Jose Jimenez P	3747537							3025820200	M					
7		1045611604							3046025911						
8	Anderson A	1046897906							3005229411						
9	Wilmar Herrera	3788766							3242773170						
10	Mariela Romero	55241868							3012108871						
11	Jesson. Atiaw	22165593							3013491674						
12	Bladimir Tafur	79679647							3008599168						
13	Wilson Padilla	1047234185							300 859 9168						
14	Reyes Cano	72.236.177							3007386353						
15	Federico Cantero	1143460506							300982 5099						

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para **CURSO DE VIDA** Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)
Para **SEXO** Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)
Para **ETNIA** Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO), (5= OTRO)
Para **GRUPO VULNERABLE** Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 -MIGRANTE), (7 OTROS)

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Version 2.4

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE **BARRANQUILLA**

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 -1

Código: MM-GD-SS-F-098

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: APOYO Intersectorial.
TEMA A TRATAR: Sensibilización Entornos saludables
FECHADE REALIZACION: 15 JULIO 2025
FACILITADOR: Fabian Pardo / Tasset Abdala, Eliecer Diaz- Neidon Betancourt Lizcano

DIRECCIÓN:
LUGAR: Intendencia Fluvial
LOCALIDAD: Centro Histórico
HORA: 3:00 P.M. - 6:00 P.M.

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA						TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
			1	2	3	4	5	6							
1	Elio Navarro	8845505						X	3006[illegible]						
2	Jerelin romero	1043435239						X	3135771[illegible]						
3	Ruiz Ortiz	32762353						X	3218427449						
4	Joscalfredo	3747537						X	3225870200						
5	Jhon Jairo	7231191						X	3225870200						
6	Cuello	8824749						X	3125993279						
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para **CURSO DE VIDA** Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 (60 años o más)
Para **SEXO** Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)
Para **ETNIA** Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM – GITANO), (5= OTRO).
Para **GRUPO VULNERABLE** Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), 5= REINSERTADO), (6 –MIGRANTE), (7 OTROS).

Powered by CamScanner

ACTA DE VISITA Nº **21**

FECHA: **15 DE JULIO 2025.** HORA: **06:30.** TEMA: **CARACTERIZACIÓN.**	PARTICIPANTES: **ELIANA DIAZ OVIEDO.** LUGAR: **INTENDENCIA FLUVIAL.** PROGRAMA: **DIMENSIÓN SALUD Y ÁMBITO LABORAL.**
Siendo las 15: 00 del día 15 de julio del 2025, nos reunimos los programas dimensión salud y ámbito laboral caracterice a 10 colaboradores.	
COMPROMISOS:	
Concientizar a la población informal la importancia de el autocuidado y beneficios de estar afiliado a la seguridad social.	

_____ _____

REPRESENTANTE DE SALUD PÚBLICA DITRITAL REPRESENTANTE DE DSAL

La salud es de todos | Minsalud

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

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: 2025/03/15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 22623823

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: Atlantico (tabla)
7. Municipio de residencia: Piojillo (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 2006/03/04 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1046696441

12. Primer apellido VIDAL 13. Segundo apellido DIAZ 14. Primer nombre DEISON 15. Segundo nombre

16. Dirección residencia
16.1 Barrio Centro 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3234254601
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [X]

20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 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? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Reciclador
30. Durante los últimos 12 meses,¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) Intendencio.
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 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 [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Mutual
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 72 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar 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. ¿ Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2 NO (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [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 [ ] 61.2 Semanal [X] 61.3 Quincenal [ ] 61.4 Ocasional [ ]

Powered by CamScanner

CONDICIONES DE SALUD

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

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha acistido 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? [ ][ ] días

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

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

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

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

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO	73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos			73.8 Caídas de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Caídas de objetos			
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			73.10 Pisadas, choques o golpes			
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones			73.11 Atrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema			
73.7 Agentes no clasificados			73.14 Exposición o contacto con la electricidad			
			73.15 Exposición o contacto con sustancias 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. ¿Que tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

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

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

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

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	X	85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frio)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, 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)			

Powered by CamScanner

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
...terias		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	X
...ongos		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 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	X	85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	X
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	X		

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

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

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

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

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

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

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)
90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐
90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Yerison

CC:

Firma del Encuestador: Eliana Diaz Oviedo

Powered by CamScanner