Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 09/06/2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Mabel Murillo

Identificación: 1035224755

Teléfono: 3017331993

Edad: 37

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 X
b) Entre 10 y 14 ___
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas X
b) Preparación y suministro de alimentos X
c) Actividades pedagógicas y recreativas X
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones X
e) Atención a padres de familia o acudientes X
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) X
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si _X_
b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ____
c) Mañana y tarde_X_

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) _X_
c) Contributivo beneficiario (EPS) __
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si _X_
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones _X_
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno____
b) Bueno___
c) Regular_X_
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ____
b) Algunas veces ____
c) Frecuentemente _X_
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces _X_
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ____
b) Casi siempre _X_
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ____
b) Casi siempre _X_
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre _X_
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si_X_

Scanned with CamScanner

b) No___

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

a) Si ___
b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

a) Si X
b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

a) No ___
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia X

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

a) Suficiente X
b) Excesiva ___
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

a) Si X
b) No___

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

a) Si___
b) No X

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

a) Si___
b) No X

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ___
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si X
b) No ___

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No_X_

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si_X_
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces _X_
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces _X_
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre _X_
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre _X_
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces X
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si_X_
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No _X_

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si _X_
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si _X_
b) No ____

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si _X_
b) No _____

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si_____

¿Cuáles?

_____

_____

b) No X

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF X

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Principalmente la salud

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

_____

_____

b) No X

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 09/06/2026.

Departamento: Antioquia.

Municipio: Barboso.

Lugar de realización de la encuesta: Barboso Antioquia. Hogar caritas Alegres.

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Mayra Andrea Zapata V.

Identificación: 39212655

Teléfono: 3122627697.

Edad: 46.

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X.
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos___
c) Actividades pedagógicas y recreativas___
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
e) Atención a padres de familia o acudientes___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
f) Todas las anteriores X.

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No ___

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ___
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) ___
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno ___
b) Bueno ___
c) Regular X
d) Malo ___

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ___
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ___
d) Siempre ___

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No____

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

a) Si X.

b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

a) Si X.

b) No ___

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

a) Si X.

b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

a) No ___

b) Sí, ocasionalmente X.

c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

a) Suficiente X.

b) Excesiva ____

c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

a) Si___

b) No X.

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

a) Si___

b) No X.

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

a) Si ___

b) No X.

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

a) Si X

b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

a) Si X

b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ____

b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si ___

b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez X
c) A veces
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ____
b) No X

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si _____
b) No X

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No _X_

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si _X_

¿Cuáles?

caídas.

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF X

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44. Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X

¿Cuáles?

caídas

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF X

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44. Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 09-06-2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Erica Yaneth Suarez.

Identificación: 43250152

Teléfono: 3215420114.

Edad: 44.

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

12 Años.

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
(d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
(b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos___
c) Actividades pedagógicas y recreativas___
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
e) Atención a padres de familia o acudientes___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
(f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?

(a) Si X

b) No ____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?

a) Mañana ___

b) Tarde ____

c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:

a) Subsidiado (Sisbén) ___

(b) Contributivo cotizante (EPS) X

c) Contributivo beneficiario (EPS) __

d) Vinculado ___

e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?

(a) Si X

b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?

(a) Pensiones X

b) BEPS ___

c) Programa Colombia Mayor ___

d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?

(a) Muy bueno X

b) Bueno___

c) Regular___

d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?

a) Nunca ____

b) Algunas veces ____

(c) Frecuentemente X

d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?

a) Siempre ___

(b) Casi siempre X

c) Algunas veces ____

d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?

a) Siempre ____

b) Casi siempre ____

(c) Algunas veces X

d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?

a) Siempre ____

b) Casi siempre ____

(c) Algunas veces X

d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?

a) Siempre ____

(b) Casi siempre X

c) Algunas veces ____

d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?

(a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No____

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

(a) Si X

b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

a) Si ___

(b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

(a) Si X

b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

a) No ___

(b) Sí, ocasionalmente X

c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

(a) Suficiente X

b) Excesiva ____

c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

a) Si___

(b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

a) Si___

(b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

a) Si ___

(b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

(a) Si X

b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

(a) Si X

b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ____

(b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si ___

(b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?

a) Si___
(b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?

(a) Si X
b) No___

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?

a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
(c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?

(a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?

a) Siempre ___
(b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?

a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ___
(d) Nunca X

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?

a) Nunca
b) Rara vez
(c) A veces
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?

(a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?

a) Si ____
(b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?

(a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?

(a) Si X
b) No ____

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?

a) Si ____
(b) No X

Scanned with CamScanner

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

(b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

(a) Sí

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

(a) Si X

¿Cuáles?

Molestias con padres o acudientes.

b) No___

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

(a) Coordinación de ~~HCBF~~ operador

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Mi labor esta siempre dispuesta a la relacion con personas externas (cuidados, familias y niños), se dispone a inconvenientes del entorno, los momentos. y animos

Trabajar con los niños y niñas es una necesidad constante de cambios, cuidados y permanencia constante. siempre en nuestro dia a dia es una exposicion constante.

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 09-06-2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: H.C. los saltarines.

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Yenny Valencia Agudelo

Identificación: 39209911

Teléfono: 3116354186

Edad: 54

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos X
c) Actividades pedagógicas y recreativas X
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones X
e) Atención a padres de familia o acudientes X
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) X
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No ___

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ___
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) ___
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno ___
b) Bueno X
c) Regular ___
d) Malo ___

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ___
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ___
d) Siempre ___

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No____

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?
a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?
a) Si ___
b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?
a) Si ___
b) No X

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)
a) No ___
b) Sí, ocasionalmente X
c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?
a) Suficiente X
b) Excesiva ____
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?
a) Si X → colegio alpronto mucha bulla

b) No____

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?
a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?
a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?
a) Si X
b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?
a) Si X
b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:
a) Si ____
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?
a) Si ___
b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No___

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ____
b) No X

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si ____
b) No X

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

(a) Sí

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X

¿Cuáles?

caídas. Ducmarnos. cortaunas etc

b) No___

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

(a) Coordinación del ICBF

(b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No X

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 17/06/2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa Antioquia

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Martha Lucia Gómez Cano

Identificación: 39209329

Teléfono: 3059272097

Edad: 64

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos X
c) Actividades pedagógicas y recreativas X
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones X
e) Atención a padres de familia o acudientes X
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) X
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No ___

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ___
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) ___
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno ___
b) Bueno ___
c) Regular X
d) Malo ___

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ___
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ___
d) Siempre ___

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No___

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?
a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?
a) Si ___
b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?
a) Si X
b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)
a) No ___
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia X

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?
a) Suficiente X
b) Excesiva ___
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?
a) Si___
b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?
a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?
a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?
a) Si X
b) No___

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?
a) Si X
b) No___

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:
a) Si ___
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?
a) Si ___
b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces X
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si X
b) No ____

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si X
b) No ____

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si X
b) No ____

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si X

b) No ____

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X

¿Cuáles?

Cortarse con Facilidad

Caidas

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF X

b) Otras madres comunitarias X

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Mucha Burocracia para diligenciar

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 17-06-2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Edilma Yaneth Echavarría

Identificación: 39'206.952

Teléfono: 3052411186

Edad: 60 años

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

21 años

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
X d) Más de 10 años ___

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
X b) Entre 10 y 14 ___
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos___
c) Actividades pedagógicas y recreativas___
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
e) Atención a padres de familia o acudientes___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
X f) Todas las anteriores___

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
X a) Si ____
b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ____
X c) Mañana y tarde____

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
X b) Contributivo cotizante (EPS) ___
c) Contributivo beneficiario (EPS) __
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
X a) Si ___
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
X a) Pensiones ___
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno____
b) Bueno___
X c) Regular___
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ____
b) Algunas veces ____
X c) Frecuentemente ____
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ____
X c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ____
X b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
X a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre ____
X b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
X a) Si___

Scanned with CamScanner

b) No____

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

a) Si ___
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

a) Si ___
b) No ___

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

a) Si ___
b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

a) No ___
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

a) Suficiente ___
b) Excesiva ____
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

a) Si___
b) No____

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

a) Si___
b) No____

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

a) Si ___
b) No ___

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

a) Si___
b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

a) Si___
b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ____
b) No ____

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si ___
b) No ____

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

X b) No ___

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

X a) Sí

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

X a) Si____

¿Cuáles?

caídas, cortadura pelando alimentos

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Mi dificultad es todo lo relacionado con la tecnología pero yo le pago a otra persona para enviar los correos y trabajos virtuales.

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

stres a veces.

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 17/06/2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa Antioquia

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Martha Lucia Gómez Cano

Identificación: 39209329

Teléfono: 3059272097

Edad: 64

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos X
c) Actividades pedagógicas y recreativas X
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones X
e) Atención a padres de familia o acudientes X
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) X
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No ___

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ___
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) ___
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno ___
b) Bueno ___
c) Regular X
d) Malo ___

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ___
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ___
d) Siempre ___

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces X
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si X
b) No ____

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si X
b) No ____

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si X
b) No ____

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si X

b) No ____

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X

¿Cuáles?

Cortarse con Facilidad

Caidas

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF X

b) Otras madres comunitarias X

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Mucha Propaganda

Para diligenciar

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 17-06-2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Hilda Alvarez Rios

Identificación: 39212326

Teléfono: 3146849048

Edad: 49

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas X
b) Preparación y suministro de alimentos X
c) Actividades pedagógicas y recreativas X
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones X
e) Atención a padres de familia o acudientes X
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) X
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ____
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) __
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno____
b) Bueno X
c) Regular___
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ____
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ____
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre X
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre X
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre X
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre X
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No___

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?
a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?
a) Si X
b) No ___

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?
a) Si X
b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)
a) No ___
b) Sí, ocasionalmente X
c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?
a) Suficiente X
b) Excesiva ___
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?
a) Si___
b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?
a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?
a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?
a) Si___
b) No X

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?
a) Si X
b) No___

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:
a) Si ___
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?
a) Si ___
b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No___

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces X
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ___
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ___

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ___
b) No ___
Algunas veces

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si X
b) No ___

Scanned with CamScanner

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?
a) Si X
b) No ____

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?
a) Sí X
b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?
a) Si_____
¿Cuáles?
_____
_____
b) No X

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?
a) Coordinación del ICBF
b) Otras madres comunitarias
c) Entidad territorial / institucional
d) No suelo acudir a nadie
coordinadora de la cooperacion

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:
_____
no se siente apoyo de entidades territoriales para implementacion de hogares comunitarios.
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?
a) Si__
¿Cuáles?
_____
_____
b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si _X_
b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ____
c) Mañana y tarde_X_

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) _X_
c) Contributivo beneficiario (EPS) __
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si _X_
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones _X_
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno_X_
b) Bueno___
c) Regular___
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca _X_
b) Algunas veces ____
c) Frecuentemente ____
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre _X_
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre _X_
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ____
b) Casi siempre _X_
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre _X_
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si___

Scanned with CamScanner

b) No X

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

a) Si X
b) No ___

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

a) Si ___
b) No X

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

a) No X
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

a) Suficiente X
b) Excesiva ___
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

a) Si___
b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

a) Si X
b) No___

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

a) Si X
b) No___

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ___
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si ___
b) No X

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No___
algunos veces.

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre X
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ___
d) Nunca X

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ____
b) No X

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si _____
b) No X

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No ____

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí

b) No X

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si_____

¿Cuáles?

caidas - cortarse - Dificultades con los padres

b) No____

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

los padres (usuarios) (no todos) a veces que en el hogar se le pueden resolver sus problemas.

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

Problemas con las familias.

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 12- Junio -2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Natalia Cataño

Identificación: 1035851448

Teléfono: 3183589612

Edad: 39

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 ___
b) Entre 10 y 14 X
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos___
c) Actividades pedagógicas y recreativas___
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
e) Atención a padres de familia o acudientes___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No___

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ___
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) ___
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno X

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno X
b) Bueno___
c) Regular___
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ____
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ____
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre X
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si___

Scanned with CamScanner

b) No X

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?
a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?
a) Si ___
b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?
a) Si ___
b) No X

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)
a) No ___
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia X

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?
a) Suficiente X
b) Excesiva ____
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?
a) Si___
b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?
a) Si X
b) No____

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?
a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?
a) Si X
b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?
a) Si X
b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:
a) Si ____
b) No ____

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?
a) Si X
b) No ____

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si___
b) No X

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces X
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ____
b) No ____
Algunas veces
39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si _____
b) No X

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___

b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí X

b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X

¿Cuáles?

Dificultades con los padres caidas, quemadura etc.

b) No___

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF

b) Otras madres comunitarias

c) Entidad territorial / institucional

d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

Papeleria, Documentaciones

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner

Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) 12/06/2026

Departamento: Antioquia

Municipio: Barbosa

Lugar de realización de la encuesta: Barbosa

SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: Eliana María Tobón Rojo

Identificación: 39710546

Teléfono: 301 458 88 19

Edad: 52

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?

a) Menos de 1 año ___
b) Entre 1 y 5 años ___
c) Entre 6 y 10 años ___
d) Más de 10 años X

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?

a) Menos de 10 X
b) Entre 10 y 14 ___
c) Entre 15 y 20 ___
d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?

a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas
b) Preparación y suministro de alimentos___
c) Actividades pedagógicas y recreativas___
d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
e) Atención a padres de familia o acudientes___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
f) Todas las anteriores X

Scanned with CamScanner

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?
a) Si X
b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
a) Mañana ___
b) Tarde ____
c) Mañana y tarde X

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:
a) Subsidiado (Sisbén) ___
b) Contributivo cotizante (EPS) X
c) Contributivo beneficiario (EPS) __
d) Vinculado ___
e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?
a) Si X
b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
a) Pensiones X
b) BEPS ___
c) Programa Colombia Mayor ___
d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
a) Muy bueno____
b) Bueno___
c) Regular X
d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?
a) Nunca ____
b) Algunas veces X
c) Frecuentemente ____
d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca X

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?
a) Si X

Scanned with CamScanner

b) No___

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?
a) Si X
b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?
a) Si ___
b) No X

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?
a) Si X
b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)
a) No ___
b) Sí, ocasionalmente ___
c) Sí, con frecuencia X

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?
a) Suficiente X
b) Excesiva ____
c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?
a) Si___
b) No X

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?
a) Si___
b) No X

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?
a) Si ___
b) No X

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?
a) Si X
b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?
a) Si X
b) No____

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:
a) Si ____
b) No X

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?
a) Si X
b) No ____

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos,

Scanned with CamScanner

comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?
a) Si X
b) No____

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?
a) Si X
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre X
c) Algunas veces ____
d) Nunca ____

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?
a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces X
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces X
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?
a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces
d) Frecuentemente

35. ¿Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?
a) Si X
b) No___

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
a) Si ____
b) No X

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?
a) Si X
b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
a) Si ____
b) No ____
Algunas veces

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
a) Si X
b) No ____

Scanned with CamScanner

Trabajo

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?

a) Si ___
b) No X

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?

a) Sí
b) No

42. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X
¿Cuáles?
Inconvenientes con padres agresivos.
b) No X

43. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?

a) Coordinación del ICBF
b) Otras madres comunitarias
c) Entidad territorial / institucional
d) No suelo acudir a nadie

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

- Nos exigen mucha papelería
- No hay apoyo de la entidad territorial como la Alcaldía.

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si X
¿Cuáles?
Caídas, cortadas etc. quemaduras.
b) No ___

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.

Scanned with CamScanner