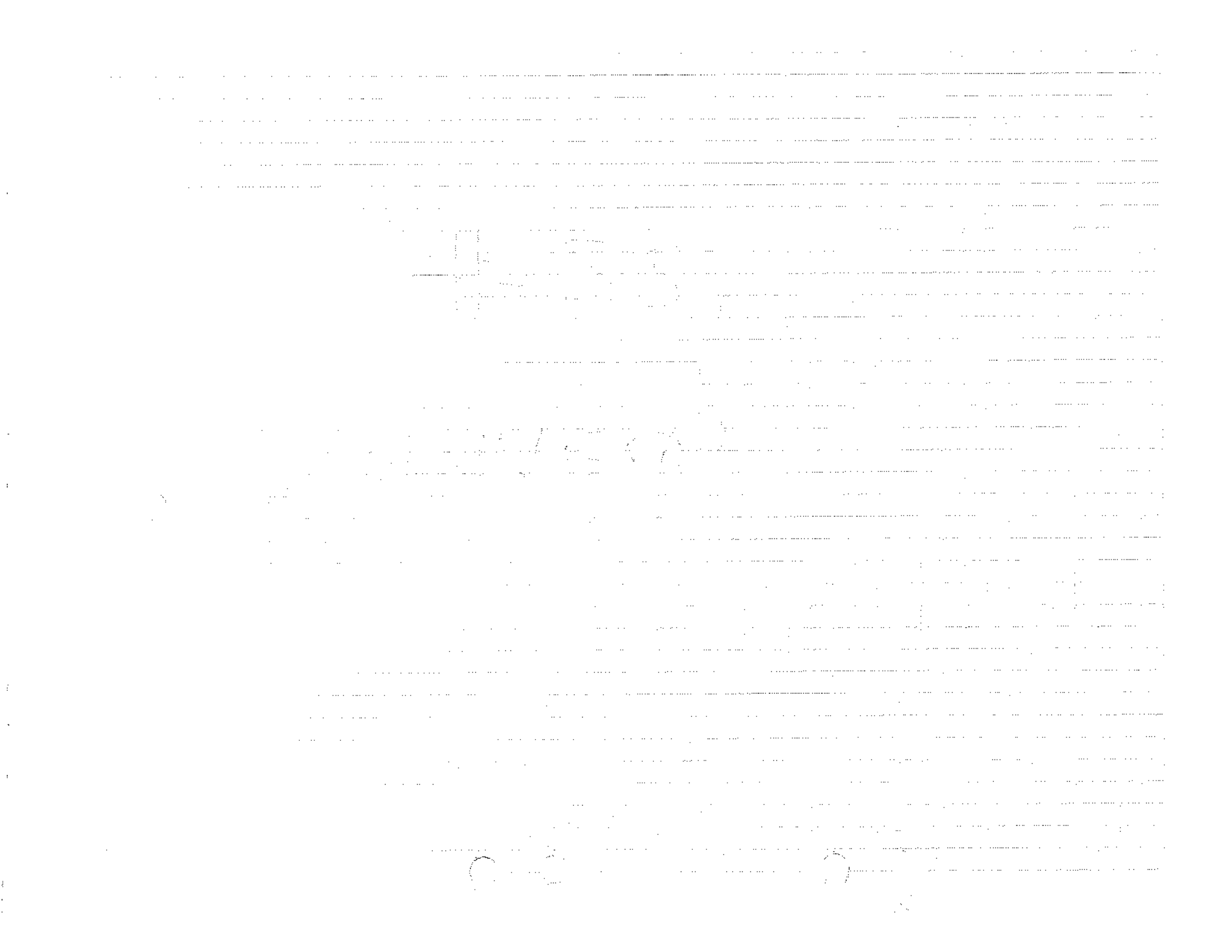
Kennedy

#221



AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 24 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud IWOKA

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP - 9am.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Mathias Romero	1233492316		3172582689		Si	
2	Sophia Garcia	1013457486		3114740555		Si	
3	Michel Hurtado	32865554		3213462970		Si	
4	Sharon [illegible] Suarez	1022353379		3245155 71		Si	
5	Candy Hernandez	1164722 3		3227590653		Si	
6	Laura Lopez	1022332957		3114495066		Si	
7	Diana Castillo	20294584		3229109696		Si	
8	Maricelina Reyes	62704622		3228481502		Si	
9	Monica Neiva	1000221779		3006615462		Si	
10	Marilyn Puerta	1019764164		3022366726		Si	
11	Dancelis Campos	1596263 9		3113898247		Si	
12	Adriana Armas	29716703		3445748 85		Si	
13	Mariela Gómez	39576060		3124839816		Si	
14	Vanesa Reyes	1000157783		3223560491		Si	
15	Stefany Carrizo	6684491		3123495 52		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luck mathias Romero Garcia

Documento: 1233492316 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luck mathias Romero Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [signature]

Firma: [signature] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Sophia Garcia Cano

Documento: 1015459486 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 24/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danabe Aguirre Quintero

Firma: Danabe Aguirre Quintero Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michel Hurtado

Documento: 32865554 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Michel Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Victor Hernandez Condy

Documento: 71671223 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Victor Hernandez Condy Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sharon Suarez Coronado

Documento: 1022353770 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTE

Firma: ARAMI Fecha: __/__/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Daniela Suarez Lopez

Documento: 1027332807 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniela Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal.

Firma: Amapola Suarez Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Castillo Coello

Documento: 20294561 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Castillo Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Emmanuel Olivares D

Firma: Emmanuel O Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: YARCELINA REYES.

Documento: 6270462 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yarcelina Reyes Fecha: 29/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dayde Aguirre Quintero

Firma: Dayde Aguirre Q Fecha: 29/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Monica Paola Neva

Documento: 1003221779 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Monica NEVA Fecha: 21/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimithi Angelon

Firma: [signature] Fecha: 21/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marilyn Puerta

Documento: 1019964154 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Marilyn Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pomiack Claire

Firma: _____ Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Hilary Yeran Jaimes

Documento: 1598263901 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: HC Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 24/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Adriana Armas.

Documento: 29716703 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana A. Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICH Claire

Firma: Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDB

Coordinador de campo

Celular: 3138518110.

Correo electrónico: Kennedy.

13

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Vanessa Reyes (Irio)

Documento: 1000164783 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTELLO

Firma: ARAMI Fecha: 24/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maviela gómez torres

Documento: 39576050 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P.

Firma: [signature] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Stefany Johanna Carrizo

Documento: 6684491 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Stefany carrizo Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Argeluz

Firma: Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138581110

Correo electrónico: Kennedy

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 24 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Iwoka

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - IIDM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Angie Cardenas	1007206270		3236597098		SI	Angie Car
2	Edilse Vera	30345693		3045288614		SI	Edilse Edilsy
3	Eglevidis Torrealba	22035486		3143558610		SI	Egle
4	Oscar Sanchez	80777850		3205895974		SI	Oscar Sanchez
5	Desiree Machado	31754801		3185692248		SI	Machado Daniela
6	Jenny Alfonso	1023920373		3155217134		SI	Jenny Alfonso
7	Camilo Castellanos	1001054195		3018013860		SI	
8	Yermar melano	28737950		3222753326		SI	Yermar
9	Yoheidy Alzate	30935171		3133995969		SI	Yoheidy
10	Michell Jofre	1046187886		3046216310		SI	Isa
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

16

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angie Paola Cardenas

Documento: 1007106220 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: [signature] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edilse Echeverry Vera

Documento: 30345693 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Edilse Echeverry Vera Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: Amapola Suarez Fecha 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

18

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Egleydis Torralba

Documento: 22035436 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ello Fecha: 24 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P.

Firma: EMMANUEL Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Desiree Machado

Documento: 31754801 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Machado Desiree Fecha: 24/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 24/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: OSCAR ARMANDO SANCHEZ

Documento: 80'777.550 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: OSCAR SANCHEZ Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

21

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jenny Viviana Alfonso R.

Documento: 1023907373 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danahe Aguirre Quintero

Firma: Danahe Aguirre Q. Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ΔDΔG

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: Kenedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Camilo Castellanos

Documento: 1001054195 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: LDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yoheidy

Documento: 30.435.771 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yoheidy Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nichell Isla

Documento: 29.618785 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Isla Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romach Chile

Firma: _____ Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138578100

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jeimar Mateus

Documento: 28737959 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jeimar. Fecha: 24/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanabria

Firma: [signature] Fecha: 24/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kenedy

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 23 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Tunka

OBSERVACIONES: Encuestas PSP - 2pm.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Dofary Villamil	1016052541		3237727266		SI	
2	Lucelinda Gutierrez	52755573		3112258316		SI	
3	Emilse Forero	52318089		3125697955		SI	
4	Mercedes Gonzalez	52789591		3012918827		SI	
5	Diana Sanchez	1016992158				SI	
6	Damaris Gonzalez	1099205532		3164983370		SI	
7	Diana Montoya	1026565133		3138566284		SI	
8	Lida Diaz	52743579		3015885662		SI	
9	Magda Perez	1018175525		3009495376		SI	
10	Diana pomado	52719577		3144940289		SI	
11	Laura Pulido	1000851610		3223261451		SI	
12	Ana maria	1029526640		3025436382		SI	
13	Dayan Marcela G.	52745100		3249082771		SI	
14	Angie Gonzalez	1001778257		3204852308		SI	
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dufay Tatiana Sanchez Villamil

Documento: 1016052543 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lucelida Gutierrez

Documento: 52755573 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lucelida Gu Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Emilse Yaneth Forero

Documento: 52313089 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Emilse Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: JDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy Zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana M. Pomado

Documento: 52.219597 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGOTE.

Firma: ARAMÍ Fecha: 23/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: BDDB

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 2@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mercedes Gonzalez

Documento: 5278959 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mercedes Gonzalez Fecha: 23/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ROMERO claro

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DMG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 2p

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Marcela Suarez

Documento: 1015994213 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Suarez Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3139518120

Correo electrónico: Kennedy 2pm

37

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Damaris Gonzalez

Documento: 1099705537 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDbC

Coordinador de campo

Celular: 3138318110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Montaño

Documento: 1.026555133 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Montaño Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: David Aguirre Quintero

Firma: David Aguirre Quintero Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lida Victoria Diaz Cortes

Documento: 52743570 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138581610

Correo electrónico: kennedy.[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

40

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Magda Yamile Jerez

Documento: 1010 195 525 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Magda Yamile Jerez Fecha: 23/ 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yaiken Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Pulido

Documento: 1000851610 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Michel Pulido Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda

Firma: Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

42

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana maria

Documento: 1029026640 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Cruz Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dayan Marcela Gonzalez

Documento: 52745100 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angie Kathalina Gonzalez

Documento: 1001778259 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angie Gonzalez Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 23 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Iwoka

OBSERVACIONES: Encuestas DSP - 9AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Sandra Amador	1090625744		3223504276		SI	
2	Yeimy Valenaa	1026556287		3129350889		SI	Yeimy Valencia
3	Maryori Guevara	49665918		3274344372		SI	Maryori Guevara
4	Susana afuentes	1032366257		3202788662		SI	Susan Cifuentes
5	Ivonne Tabares	1022443669		3232083229		SI	Ivonne Tabares
6	Paola Ortega	51738127		3863512047		SI	Paola ortega
7	Luz Cifuentes	1026260069		3102810085		SI	Luz Cifuentes
8	Yosmery Bolivar	27283997		3213488194		SI	yosmeri
9	Iris Gomez	52819179		3127375252		SI	Iris Gomez
10	Franyeli Ayala	31911507 6		3223525948		SI	Franyeli ayala
11	Fanny Latino	41646701		3124145608 5		SI	
12	Adriana Amador	1090180677		3213420632		SI	Adriana Amador
13	Yenny Gonzales	1072324519		3162910020		SI	
14	Natalia Rodriguez	1001048921		3209329395		SI	Natalia Rodriguez
15	Yonaibe [illegible]	29650767		3009837458		SI	Yonaibe Marcano

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Amador

Documento: 1030625744 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: camille lombo

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, JAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yeimy Sorany Valencia

Documento: 1026556287 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: YeimySoranyValencia Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518140

Correo electrónico: Kennedy, gon

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maryuri Guevara Suarez

Documento: 1966591.6. Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maryuri Guevara Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Jenny Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ivonne Andrea Tobares

Documento: 1022443 664 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ivonne Tobares Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 23/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, gsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ines Gonz

Documento: 52819129 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Paola ortega

Documento: 5773812 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paola Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominch claire

Firma: Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Susana Johana Cifuentes

Documento: 1082365257 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Susana Cifuentes. Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jose Fuentes

Documento: 1.026.260059 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jose Fuentes Fecha: 23 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danale Aguirre Quintero

Firma: Danale Aguirre Quintero Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9/5/24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yosmery Bolívar

Documento: 27283997 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: yosmeri Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Franyeli Ojeda

Documento: 3191507-6 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 23/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADBC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9BM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [signature]

Documento: 41646201 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: FANNY LATINO Fecha: 23/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTELLO

Firma: ARAMI Fecha: 23/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Adriana Amador

Documento: 1019019029 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Angela Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9PM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yeny Gonzalez Diaz

Documento: 1022324519 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yeny Gonzalez Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille londoño

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, ADAC

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Natalia Rodriguez

Documento: 1001098922 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Natalia Rodriguez Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yulieth Espeleta Vigil

Firma: Yulieth Espeleta Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yonaibe Marcano

Documento: 29650767 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yonaibet M. Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy - TDH

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 23 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Tuoke

OBSERVACIONES: Encuestas DSP - IDM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Bright Diaz	52234158		3027487908	Jocridaan@gmail.com	Si	BRIGHT DIAZ
2	Xiomary Acomedi	1619215B		3227655179		Si	
3	Heidy Cruz	1034286974		3105204250		Si	
4	Luisa Gil	66780451		3104561738		Si	
5	Jordany Harcamo	27453489		3171345735		Si	
6	Diana Colorado	1000809576		3021176334		Si	
7	Jenny Saavedra	1012415611		3135596323		Si	
8	Damaris Londoño	1010203960		3012003411		Si	
9	Mamangela Rios	25626441		3178997566		Si	
10	Laura Soto	1003748695		3212477758		Si	
11	Maritza Lopez	1010219795		3213218668		Si	
12	Henis Molina	1023911000		3136798577		Si	
13	Jesica Paola Martinez	1007727262		3185523759		Si	
14	Paola Sierra	1073879801				Si	
15	Lina Isaza	1015492236		3229479433		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Kimmy Arismendi

Documento: 16.192.153 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 25/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sarabia

Firma: _____ Fecha: 27/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 1104

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Heidy Cruz

Documento: 1034986974 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Heidy Cruz Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: DanielaAguirre Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Wsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luisa Fernanda Gil Solórzano

Documento: 66780451 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luisa Fernanda Gil Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3139579110

Correo electrónico: Kennedy.ham

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Josdany Marcano

Documento: 27453489 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Josdany M Fecha: 23/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 23/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, ADAG

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: BRIGHIT DIAZ

Documento: 52234158 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: BRIGHIT DIAZ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yadeen Espeleta Angel

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Colorado

Documento: 1000809576 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 23/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Damaris Stefania Londoño

Documento: 1010203460 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Stefania Londoño R. Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy, IIDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

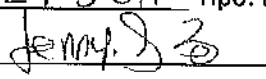
☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jennyfer Saavedra B

Documento: 1012415611 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella:  Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yaden Espitia Angel

Firma:  Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mariangela Rios

Documento: 25626441 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalda Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Layra Soto

Documento: 1003748695 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy USA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: CIARITZA LOPEZ

Documento: 1010219795 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: CIARITZA LOPEZ Fecha: 23/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 23/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Ilam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Henry Molina

Documento: 1023911000 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: H. Molina Fecha: 23/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 23/04/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jesica Paola Martinez

Documento: 1007727726 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jesica Paola Martinez Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, HAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Paola Catherine Tapiero Sierra

Documento: 1073699891 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paola Tapiero Fecha: 23 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q. Fecha: 23 /06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIBM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LINA MARIA ISAZA

Documento: 1015414236 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LINA MARIA ISAZA OREZ Fecha: 23/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoleen Espitia Angel

Firma: Yoleen Espitia Angel Fecha: 23/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, ndm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 22-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - IWOKA

OBSERVACIONES: Encuestas - Dsp - 9DM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Luz miranda	39420329		3112537512		SI	Luz Mony
2	Maria Rodriguez	1030633327		3227587694		SI	Maria Rodriguez
3	Mercedes Rodriguez	39671121		3002233611		SI	Mercedes Rodriguez
4	Angelica Salazar	52772361		3127851720		SI	
5	Jennifer Vargas	1013101099		3238735955		SI	Jennifer Ochoa.
6	Angeles Uzgategui	22220629		3224264146		SI	
7	Jennifer Medina	1020519692		3188239955		SI	Jennifer Vargas
8	Carolina Cepeda	21382355		3120659112		SI	
9	Daniela Vargas	1000123675		3132551564		SI	Daniela Vargas
10	Carmen Diaz	1024572499		3005987796		SI	Angelica Rodriguez
11	Jessica Duran	1023889609		3104949822		SI	Jessica Duran
12	Elisabeth Duran	1031437992		3106172588 81		SI	
13	Disney Castellanos	52062679		3180847086		SI	Disney Castellanos
14	Luz Martinez Velez	52973655		3227290687		SI	Luz Yoleth Martinez
15	Geraldine Roche	1014224293		3222216322		SI	Geraldine Roche

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Mary

Documento: 39420329 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 7854

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Cecilia Rodriguez

Documento: 1020633327 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Rodriguez Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille londoño

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Tom

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mercedes Rodriguez

Documento: 39677121 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mercedes Rodriguez Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Gerardo

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 9754

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angelica Maria Salazar H

Documento: 52772561 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ANAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: jennifer camila vargas

Documento: 1013161099 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: jennifer vargas Fecha: 22/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: DanielaAguirreQuintero Fecha: 22/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138578110

Correo electrónico: Kennedy, 98m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jeniffer Ochoa Medina.

Documento: 1020896922 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jeniffer Ochoa. Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal.

Firma: Anapola Suarez Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, TAM

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angeles Yzcategui

Documento: 22.220.629 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ADAMI ARGOTE

Firma: ADAMI Fecha: 22/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Margoneth Carolina Arroyo Cepeda

Documento: 21.382355 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Margoneth A. Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, ZOM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Vargas

Documento: 1000123675 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniela Vargas Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTE

Firma: ARAMI Fecha: 22/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carmen Angelica Rodriguez Diaz

Documento: 1024572449 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angelica Rodriguez D. Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Emmanuel Quiceno P.

Firma: Emmanuel Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yessica Paola Ocampo

Documento: 1023889609 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yessica Ocampo Fecha: 21/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: [signature] Fecha: 21/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Elisabeth Duran

Documento: 1051137927 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: SDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Disney Castellanos

Documento: 52062679 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Disney Castellanos Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danuk Aguirre Quintero

Firma: Danuk Aguirre Q. Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DH.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Mayleth Martinez Velez

Documento: 52973655 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Mayleth Martinez Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 9@4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Geraldine Roche

Documento: 1014224243 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Geraldine R. Fecha: 22 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelos

Firma: Dimi Lopez Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9by

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 22 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Iwaka

OBSERVACIONES: Encuestas - DSP - IDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Valentina Polaco	27502813		3015365718		Si	Valentina
2	Paola Romero	52818073		3238093034		Si	
3	Nancy Rojas	45505087		3108069040		Si	Nancy Rojas
4	Diana Alfonso	53038738		3156949519		Si	Diana Alfonso
5	Damiana Galeano	51547114		3153012380		Si	Damiana Galeano
6	Yaneth Gil	1700329		3209650517		Si	Yaneth Coromoto Gil
7	Maryory Rojas	1016059351		No tiene		Si	
8	Yendira Pompa	53535		3245381996		Si	Yendira
9	Elizabeth Jimenez	1034781497		3132594007		Si	Elizabeth J
10	Isaias belisario	25531252		3249770306		Si	Isaias
11	Luz Alfonso	1010071978		315 419 8338		Si	Angels A.C.
12	Emily Hayetones	51554531		3134402180		Si	Emily
13	Angels Duran	52812883		3016215727		Si	
14	olga Mallarino	1574 2486		3162656145		Si	Olga Mallarino
15	Erika Blanco	1062931143		3222296034		Si	Erika Castiblanco

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Pardo Blanco

Documento: 27502913 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS PINZON

Firma: [signature] Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Paola Andrea Tique Romero

Documento: CC 5281073 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, UDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nancy Esmeralda Rojas

Documento: 45505081 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nancy Rojas Fecha: 22 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Fecha: 22 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Pilar Alfonso

Documento: 53038738 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Alfonso Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIPM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: DAMIANA CORPECHO GALEANO

Documento: 51.567.114 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Damiana Corpecho Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DAMIANA CORPECHO

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mamory Alejandra Valverde Rojas

Documento: 1.016.059.351 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Pinto

Firma: DanielaAguirrePinto Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Beamedy, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yaneth Coromoto Gil

Documento: 17.003129 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yaneth Coromoto Gil Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 22/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Isarai Johanna Jimenez Balsario

Documento: 255731252 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Isarai Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: Anabela Suarez Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Z

24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yendira Ramos

Documento: 6153519 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Yendira Fecha: 27/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: Fecha: 27/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADD6

Coordinador de campo

Celular: 3136518110

Correo electrónico: Kennedy

25

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Elizabeth martinez jimenez

Documento: 1034781447 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Elizabeth J Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Angela Alfonso Q.

Documento: 1019 171 479 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: L. Angela A.Q. Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Esperanza Olivos Y.

Firma: Esperanza Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138528110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Emily moyetones

Documento: 31554531 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Emily Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pomack Claire

Firma: Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ASDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedyo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angelis Durán

Documento: 5287283 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: camille londoño

Firma: [signature] Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Olga Mallarino

Documento: 45742486 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Olga Mallarino Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Erika Castiblanco

Documento: 1016293143 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Erika Castiblanco L. Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Cruz

Firma: _____ Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 22-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - IWOKD.

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP - 2pm.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Sandra [illegible] Ruiz	53003340		3213382912		Si	
2	Dayey Lezcano	1091252223		3104009012		Si	
3	Yenifer Moreno	1020599956		7197241672		Si	
4	Anahis Atencia	1081907293		3241168512		Si	
5	Darlyn Acosta	22909783		3005950372		Si	
6	Lily Montoya	38756228		3219770666		Si	
7	Rubiela Hurtado	43813917		3004371854		Si	
8	Alejandra Caballos	1013594134		3025997589		Si	
9	Sandra Milena Ruiz	52535824		3102793410		Si	
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

31

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sonia Feliz

Documento: S3005340 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sonia Feliz Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Aramí Orquello

Firma: Aramí Fecha: 22/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Analis Atencia

Documento: 1081907293 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Analis Atencia Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angeluz

Firma: Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dayssy Johanna Lezcano Mendieta

Documento: 1019125223 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: JLezcano Fecha: 22/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalia Suarez Bernal

Firma: Amalia Suarez Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yesica Moreno

Documento: 1028599576 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yesica Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

35

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dailyn

Documento: 22905283 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dailyn Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 12/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

36

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LILY ALVIZ MONTOYA

Documento: 38756228 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Wendy Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 22/04/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DIAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rubiela Rosa Hurtado Gonzalez

Documento: 43813417 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 22/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [signature] Fecha: 22/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Milena Grosso Ruiz

Documento: 52535824 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22 /06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 22/6 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Silva Alejandra Cabilguera

Documento: 108599 RS Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 28/04/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ASAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Jueves 18 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud Lovera

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - 2pm.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Miriam Rubio	28659089		3118799144		Si	Mi. Rubio
2	Sandra Sacha	52477640		3054077455		Si	Sandra patricia Sacha.
3	Maria Caicedo	66746941		3118162345		Si	Maria Caicedo
4	Johanna Barrero	1139274011		3128722848		Si	Johanna Barrero
5	Ana Gallego	80335a414		3208721299		Si	Ana Maria Gallego
6	Nana Cortes	1033742046		3249801248		Si	Cortés nayid
7	Nelsabell Coronado	56859225		3150130128		Si	Yanet
8	Liliana Bastian	1014250967		3204846721		Si	Liliana B.
9	Ana Diaz Gomez	52361512		3123432860		Si	Ana Gabriela Diaz
10	Gloria Inares	52092584		3227306943		Si	Gloria Inares
11	Sandra mejia	20015644		3224054041		Si	Sandra Mejia
12	Harly Jimenez	1005824388		3114833745		Si	Tatiana J.
13	Shirleany Rugama	54004434		3213675612		Si	Aleja.
14	Cristino Urias	29113689		3134966720		Si	Cristino Urias
15	Carol Vargas	52431621		3012574037		Si	Carol vargas

15 - E. DSP ✓

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yoma Rubio Parra

Documento: 28694089 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Norlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kemore3x.1106@

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Sacha .

Documento: 52477540 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra patricia Sacha Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADD6

Coordinador de campo

Celular: 3138581810

Correo electrónico: Kennedy Mora

18

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Teresa Caicedo

Documento: 66746941 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Caicedo Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilo Londoño

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johanna Barrero

Documento: 1139740917 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johanna Barrero Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IID

20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

[X] Entiendo de qué se trata el estudio

[X] Pude hacer preguntas y me las respondieron

[X] Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

[X] Sé que mi información es confidencial

[X] Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

[X] ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana María Gallego

Documento: 30389414 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana María G Fecha: 18/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 18/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DODG

Coordinador de campo

Celular: 3138516110

Correo electrónico: Kennedy, 11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: David Mateo Cortés

Documento: 1033142646 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cortés David Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPLEADOR QUEVEDO P

Firma: EMPLEADOR Fecha: 19/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: Kenaedy.11@m

22

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yetsibell Coronado Zambrano

Documento: 1658925 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal.

Firma: _____ Fecha: 18 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138516110

Correo electrónico: Kennedy.ADAC

23

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Patricia Díaz Gomez

Documento: 52361512. Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Patricia Díaz Gómez Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelos

Firma: Dimitri Argelos Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

24

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lina pashian

Documento: 10425096 7 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lina P Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoden Espitia Angel

Firma: Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

25

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gloria Esmeralda Linares Alvarez

Documento: 52092584 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 18/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAM Fecha: 18/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Cardina mejia mejia

Documento: 20.015644 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Mejia Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P

Firma: EMMANUEL Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NMC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 110@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

27

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yarly Tatiana Calderon

Documento: 1005624388 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Tatiana Jimenez Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.1104

28

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Thorleany N. ROJANO T.

Documento: 5400439 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuleidy Suarez Bernal.

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Sí tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11 Dc

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

29

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cristina Vivas

Documento: 29773689 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x Cristina Vivas Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carol vargas Escobar

Documento: 52431621 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carol vargas E. Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARANI ARGUELLO

Firma: 53062914 Fecha: 18/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11AM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Jueves 18-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - IVOKA

OBSERVACIONES: Encuesta ASE - IIDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Humberto rivera	80759876		3209617991		SI	
2	Maria neto	1061157		3244338625		SI	olaria
3	Keisi Castillo	2102137	79	3044157575		SI	Keisy
4	Angela Lugo	52007239		3115454910		SI	
5	Adriana Moreno	1926761	8	3212748873		SI	
6	Salome Torres	1017229379		3028819728		SI	
7	Paola Torres	1017227383		3044312434		SI	PAOLA TORRES
8	Yuomaira Nuñez	26970597		3209578550		SI	YesMaiRa
9	Yuliana Nuñez	27101910		3078980		SI	YULIANA NUÑEZ
10	Carol Arcila	20386557		3107336882		SI	Carol.
11	Luz Perez	1073727202		3128311207		SI	
12	Claudia Mora	52125835		3023435060		SI	
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

31

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Keisi Desiré Marín Castillo

Documento: 21021379 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Keisi Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelor

Firma: Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138581110

Correo electrónico: kennedy, 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María nieto

Documento: 1061157 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: María nieto Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Paola Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: CARLOS HUMBERTO RIVERO DAVILA

Documento: 20759876 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPEMATEL2 OLIVEROS P.

Firma: EMPEMATEL2 Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DMG

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: Kennedy, 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angela Ceda.

Documento: 1720078391 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angela Ceda. Fecha: 18/1/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138568110

Correo electrónico: Kennedy, Zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andreina Moreno

Documento: 1926968 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 7pm .

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sakura Torres

Documento: 1017279379 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3135518110

Correo electrónico: Kennedy.2p

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

37

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Paola Tous Díaz

Documento: 1017227383 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paola Tous Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy 2pm .

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yomaira Núñez

Documento: 769970097 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yomaira Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilo Londoño

Firma: Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: Kennedy, 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

39

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: YURIANA NUÑEZ

Documento: 27101910 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: YURIANA NUÑEZ Fecha: 18/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yordan espitia, Angie L.

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518140

Correo electrónico: kennedy.2@...

40

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carol Arcila

Documento: 20.386.557 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carol Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Damaris Chire

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG .

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy zpm.

#1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ÁCEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Elena Perez

Documento: 1012377202 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Elena Perez Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Estella Angel

Firma: Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ASDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

42

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Mora.

Documento: 52 1 2585 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, zp

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Jueves 18-Junio 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - IWOKA

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - PDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Rosi Rodriguez	PPT	7010164	3227146011		Si	RRyA
2	Eucaides Bravo		5674848	3044944981		Si	
3	Merlys Ortega	1065128249		3123142070		Si	Merlys Ortega
4	Gloria Rivera	2810883136		3103252066		Si	
5	Elizabeth Romero	52193409		3208678758		Si	ElizabethRom
6	Carmen Tapia	55173561		3124150847		Si	
7	Ana alvarez	20887405		3236974607		Si	
8	Martha Lozano	39557250		3192704489		Si	
9	Marcelus Bertalo	6183684		3018699989		Si	
10	Angelica Bohaña	26423944		3209513867		Si	Angelica Bohaña
11	Liliana Zamora	52978833		3214818807		Si	
12	Leidy Gomez	53129939		3124635360		Si	leidy gomez
13	Andrenna Perez	24813377		3118416647		Si	Andrenna
14	Angie Diaz	1110520775		3008399364		Si	Angie Diaz H.
15	JohannaRodriguez	52770286		3163132169		Si	JohannaPaola R.

15-E-DSP ✓

MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rosi Rodriguez

Documento: 7010164 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: RRYH Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Landaeta

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138578110

Correo electrónico: Kennedy Pon

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Eulises Bravo

Documento: 5674848 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518[illegible]

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Merlys Ortega Carmona

Documento: 1065128249 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Merlys Ortega C Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 18/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy ADAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gloria Esperanza Rivera

Documento: 28083136 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ΔDΔG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, gdm

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Elizabeth Bermeo

Documento: 52193409 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ElizabethBermeo Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sánchez

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carmen Hernandez Tapia

Documento: 55173567 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Conde

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90n

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Alvarez

Documento: 20387405 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Alvarez Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: AMG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yoiber Guillermo Lozano C

Documento: 3957280 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yuliet Yuliana Espitia M.

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yanelvis Lazala.

Documento: P.P. 1623[illegible] Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ANGÉLICA MARÍA BOLAÑO RUA

Documento: 22642395 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ANGÉLICA BOLAÑO Fecha: 18/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 18/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, gon

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Liliana Patricia Zamora

Documento: 52978833 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3139818110

Correo electrónico: Kennedy 9D M

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leidy gomez Vargas.

Documento: 53 129 939 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Leidy gomez Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sucha

Firma: Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADG

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andreina Perez

Documento: 24613377 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andreina Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: Amapola Suarez Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angie whitney Diaz H.

Documento: 1710520775 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angie Diaz Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90

15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johanna Paola Rodriguez R.

Documento: 52770236 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johanna Paola Rodrig Fecha: 18/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pominch Claire

Firma: _____ Fecha: 18/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 9@M

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 17-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - IWOKA

OBSERVACIONES: Encuestas DSP - 2pm.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Lilibeth Hurtado	22159958		3142518419		Si	
2	Jorver Novoa	879135		3132605618		Si	Jorver
3	Damaris Nuñez	52023752		3229170323		Si	Damaris Nuñez
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lisbeth Hurtado

Documento: 22.509.508 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lisbeth Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danaie Aguirre Montero

Firma: DanaieAguirreMontero Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jorver Esteben Navas Morillo

Documento: 879135 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Jorver Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabella Suarez Bernal.

Firma: Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Damaris Nuñez

Documento: 52023752 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Damaris Nuñez Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 17 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud - Iwoka.

OBSERVACIONES: Encuestas - DSP - IISM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Jhoanna Aguilar	39221680		3229552391		Si	
2	Renzo Martinez	77081959		3178226820		Si	
3	Fabian Camilo G	1233510 56		3138675568		Si	Fabian Cuntico
4	Derly Parrado	1010187089		3222115348		Si	
5	Erika Rosales	71378822		No marca		Si	
6	Eva Mendoza	59790880		3224407640		Si	
7	Andres Gomez	1000728074		3205797401		Si	
8	Vincent Pacheco	300[illegible]072		3247473207		Si	
9	Carol Poveda	1033679905		3213548091		Si	
10	Jordanny Diaz	1093750160		3134213498		Si	
11	Catalina Romero	1032356689		1032356689		Si	
12	Lucy Lugo	52089676		3208617389		Si	
13	Kimberly Rodriguez	80[illegible]4344.3		3223731921		Si	
14	Yaryuri Yuriel	1094909555		3138693315		Si	
15	Edimar Aparicio	30409759		3157499617		Si	

MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

3125885085

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andres Castellanos S

Documento: 1022414251 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDSC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy IIAM

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Erika Risales

Documento: 7137822 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelos

Firma: _____ Fecha: 17 / 06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 11@gm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Renzo Martinez Carrillo

Documento: 77091959 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: BDAG

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: Kennedy.118m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fabian Camilo Quintero Perez

Documento: 1233510156 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fabian Quintero Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Fabian Quintero

Firma: Fabian Quintero Fecha: 17/06/2026

Harlen Espitia Angel

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IISM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [signature]

Documento: 1010189089 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 17/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ADEGUEIO

Firma: ARAMI Fecha: 17/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: KDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.ilan

21

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ella Alise Mendoza Villa650

Documento: 5979080 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anyela Suarez Barnel

Firma: Anyela Suarez Fecha: 17/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11@

22

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andres Camilo Gomez Ortiz

Documento: 1000128074 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jordany Diaz Paez

Documento: 1093750160 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jordany Fecha: 17/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI AROUCHO

Firma: ARAMI Fecha: 17/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Vincent Alejandro Pacheco Moreno

Documento: 30.046.072 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@hotmail.com

25

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maryuri Paola Castellanos

Documento: 1033699905 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danabeyuic Quintero

Firma: Danabeyuic Quintero Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kemedy.11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Catalina Romero García

Documento: 1032356689 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Catalina Romero Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: Anabela Suarez Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, IIAM

27

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz y Lugo R

Documento: 52089606 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fecha: 17/ /2026

Nombre del/la encuestador/a: Yulen Espitia Angel

Firma: Fecha: 17/06/2026

Yulen Espitia Angel

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 11@y

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Kimberly Rodriguez

Documento: 80243443 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Kimberly R Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samuel Cano

Firma: Samuel Cano Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138581110

Correo electrónico: Kennedy. IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

29

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maryuri Muriel

Documento: 1094969555 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: [signature] Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11111

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Greimar Aparicio

Documento: 30404739 Tipo: ☑ CC ☑ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 17-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa de la Juventud.

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP. - PDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Omaira Rodriguez	1047466852		3596084932		Si	
2	John Gonzalez	1218215180		3129402113		Si	
3	Oscar Olaya	1000105373	1	3212735602		Si	
4	Valentina Montiel	1031180391		3222329468		Si	
5	Evan Monzano	1033807487		3174402133		Si	Evan
6	David Jimenez	54418972		3209374801		Si	
7	Alejandro Beltran	1023040104		3237998225		Si	
8	Andres Zuleta	1107976726		3104195894		Si	Andres Zuleta
9	Patricia Estrada	21039263		3132180668		Si	
10	Jhenatan Vegas	1241019		3204821994		Si	
11	Giseth Garrido	1036651112		3147560681		Si	Giseth Garrido.
12	Paula Mendoza	1070329168		3208986161		Si	Paula
13	Carolina Bautista	1026567115		3212701119		Si	
14	Valentina Garcia	1016113194		3228037988		Si	
15	Andres Castellanos	1022414257		3202630461		Si	Andres C.

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Montes

Documento: 1031130391 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Montes Fecha: 06/ 17/2026

Nombre del/la encuestador/a: Valeria Espitia Angel

Firma: Fecha: 17 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Kennedy, 90n

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Oscar David Olaya Olave

Documento: 1001053731 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuela Suarez Bernal.

Firma: Anuela Suarez. Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy TDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Omary Rodriguez

Documento: 1047466852 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camile Londoño

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

4

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johnerique Gonzalez (Jhane)

Documento: 1060586180 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9[illegible]

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Evan Sánchez Manzano

Documento: 1033807487 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Evan Sánchez Manzano Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kenedy 90m

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Blas David Seijas Jimenez

Documento: 5'441'022 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Blas Seijas Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTTO

Firma: ARAMI Fecha: 17/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alejandra Beltrán

Documento: 1023040704 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9857

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andres Zuleta

Documento: 1107976726 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andres Zuleta Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518160

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Patricia Estrada Barranco

Documento: 21039263 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelus

Firma: _____ Fecha: 17 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Ada

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ÁCEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jhonatan Segura

Documento: 1234079 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella:  Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yeisen Espitia Angel

Firma:  Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gisseth Guevara

Documento: 1038651772 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Gisseth Guevara. Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 98@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carolina Bautista

Documento: 1026567115 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 90n

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: 7927166 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 13/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: VALENTINA Gonzalez

Documento: 1061131961 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Valentina Gonzalez Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9@M

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Paula Andrea mendoza

Documento: 1070329766 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paula Mendoza Fecha: 17/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amabola Suarez Bernal

Firma: Amabola Suarez Fecha: 17/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9am

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 16 - Junio - 2026

LUGAR: Kennedy - Casa LGBTI. Edward Hernandez

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP - 2pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Kenneth Gonzalez	1001278258		3011833395		Si	
2	Yenifer Arios	81754162		3219245309		Si	
3	Loren Vergaras	1005862102		3103092696		Si	
4	Michell Perez	1018093690		3222442318		Si	
5	Giselle Valentino	2001107612		3224526603		Si	
6	Juana Guarnizo	1001044841		3228914701		Si	
7	Laura Guarnizo	1001044870		3176700076		Si	
8	Sara Gonzalez	1001278254		3150308150			
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Joren Perez Venguras

Documento: 1005862102 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Joren V Fecha: 16 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: Dimitri Fecha: 16/ 06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: KENNETH GONZALEZ

Documento: 1001270258 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yenifer Arias

Documento: 81754162 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Giselle Valentino

Documento: 2091637512 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Miguel Perez

Documento: 1085193696 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Miguel Perez Fecha: 16/ /2026

Nombre del/la encuestador/a: Norlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: SDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jenira Fernanda Guarnizo Anza

Documento: 1001644870 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella Jenira F. Guarnizo Anza Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ΔDΔS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

37

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juana Valentina Guarnizo Arias

Documento: 1001044845 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: JuVGuarnizo A Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pomnick Claire

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sara Sofia Gonzalez

Documento: 1001278354 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/0/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky

Firma: [signature] Fecha: 16/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 16-Junio-2026

LUGAR: Kennedy - Casa LGBTI - Edward Hernandez

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP. - 9AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Jimena Alvarado	2346	7409	3112823490		SI	
2	Jessica Sandoval	1032365738		3227889173		SI	
3	Mariana Bernal	[illegible]	1001197	3011256722		SI	
4	Laura Suarez	1033804753		3142094009		SI	
5	GiovanySantaCruz	80749713		3013192509		SI	
6	Karen Castro	1003212	10	3115128002		SI	
7	Lauren Bejarano	1075627417		3044682860		SI	
8	Brigeet rivero	4877077		3197808	82	SI	
9	Danna Muñoz	1001059310		3108759465		Si	
10	Nicol Cordoba	1032422769		3043809571		SI	
11	Angela Gómez	1080705	02	3044608002		SI	
12	Matias Rodriguez	79564045		3144960593		SI	
13	Sofia Mora Daza	1006897882		3143222261		SI	
14	Cinthia Moreno	1010250419		3026476635		SI	
15	Rosario Gonzales	5493801		3001263963		SI	

15 E-DSP ✓

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Kennedy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jimena Alvarado

Documento: 23957409 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [signature]

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

Kennedy

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jessica Lorena Sandoval Bermudez

Documento: 1032365738 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jessica Sandoval Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 16/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: LDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mariana alejandra Castro Bran

Documento: 1001191977 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mariana Castro Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Jam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Camila Suarez

Documento: 1033809753 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Suarez Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Lancheros

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138818110

Correo electrónico: Kennedy, 9@x

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Bloomy Santacruz R.

Documento: 80749713 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADMG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, Jam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karen Paola Sanchez Castro

Documento: 1000321210 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: _____

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lauren Michel Bejarano
Documento: 1073627417 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT
Firma o huella: Michelle Bejarano Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero
Firma: Daniela Aguirre Montero Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG
Coordinador de campo
Celular: 3138518110
Correo electrónico: Kennedy 90m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jhoballin Jesus Silva

Documento: 4877077 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yaleen Espitia Angel

Firma: Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, yam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Danna Gabriela Muñoz.

Documento: 1000859310 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Danna Gabriela Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 9@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nicol Andrea Cadoban

Documento: 1032027768 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimar Argüelles

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy 90m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angela Gomez

Documento: 1030700502 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angela Gomez Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Avami orgueLLo

Firma: Avami Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADMC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.gom

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Matias Rodriguez

Documento: 7956405 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X Matias Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138515110

Correo electrónico: Kennedy, 9204

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sofia Mora Deza

Documento: 1006978387 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: SOFÍA Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: LDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy IIDM

14

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cynthia Marin

Documento: 1010250419 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samanta Garcia

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADSC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy Ham

15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ROSALIO DE GONZALES

Documento: 5493801 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS P

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.ilm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 16-Junio-2026
LUGAR: Kennedy - Casa LGBTI Edward Hernandez
OBSERVACIONES: Encuestas DSP- //SM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Juan Ramón	1096928		3005016211		Si	
2	Carla Botero	71681692		3134008374		Si	Carla Botero
3	Alison Ramos	1000116613		3123822738		Si	ALLISON RAMOS
4	Erika Andreo	94517755		3332501961		Si	Erika Andreo
5	Jacelyn Barrios	1000519950		3125311822		Si	
6	Nasly Rivera	7949191277		3115266204		Si	
7	Alexander Caceda	79874774		3223255573		Si	
8	Olvia leon	1000351996		3144021027		Si	
9	Juan Ortiz	1018402887		3158005472		Si	
10	Michael Goyajan	1016276711		3150613951		Si	Michael
11	Camila Menares	25830722		3219768231		Si	
12	Julian Tovar	79644922		3202845591		Si	
13	Jenny Romero	1010205074		3212214057		Si	
14	Julieth moreno	1024477456		3223257805		Si	
15	Daniela Alvarado	54000094		—		Si	

15-E-DSP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JUAN Ramon

Documento: 1046928 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero Fecha: 16 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy. Ivan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carla Botero

Documento: 71689697 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carla Botero Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilo Londoño

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11Dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Erika Andrea

Documento: 1945755 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] , Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3038518110

Correo electrónico: Kennedy, IIDN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alison Jinella Ramos

Documento: 1000116613 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ALISON RAMOS Fecha: 16 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argüello

Firma: Dimi Delgado Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy. IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alexander Caicedo

Documento: 79874774 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11Am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Norelys del Valle Rave A

Documento: 39141222 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 6/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy, 11 @m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jocelyn Elizabeth Barrios Guaca.

Documento: 1000519950 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Germán Garzón

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kenwdy, 11@...

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Olivia Leon Gonzalez

Documento: 1000351996 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Arami Argoello

Firma: Arami Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.ham

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juan Andres Ortiz Escobar

Documento: 1018402889 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yuleni Espitia Bargas

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.11@m

25

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michael Guayazán

Documento: 1006127671 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy

26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Camila Herrera .

Documento: 25930772 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16 / 1 /2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 16/ 01/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: BDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

27

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Julian Tovar

Documento: 7644922 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Julian Tovar Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

28

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: denny Romero

Documento: 1002205077 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alexandro. Fecha: 16/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 16/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Janeth Jasina M

Documento: 1024479456 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Janeth Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138578110

Correo electrónico: Kennedy.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud auto percibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Alvarado

Documento: 54.000.004 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 16/06/2026

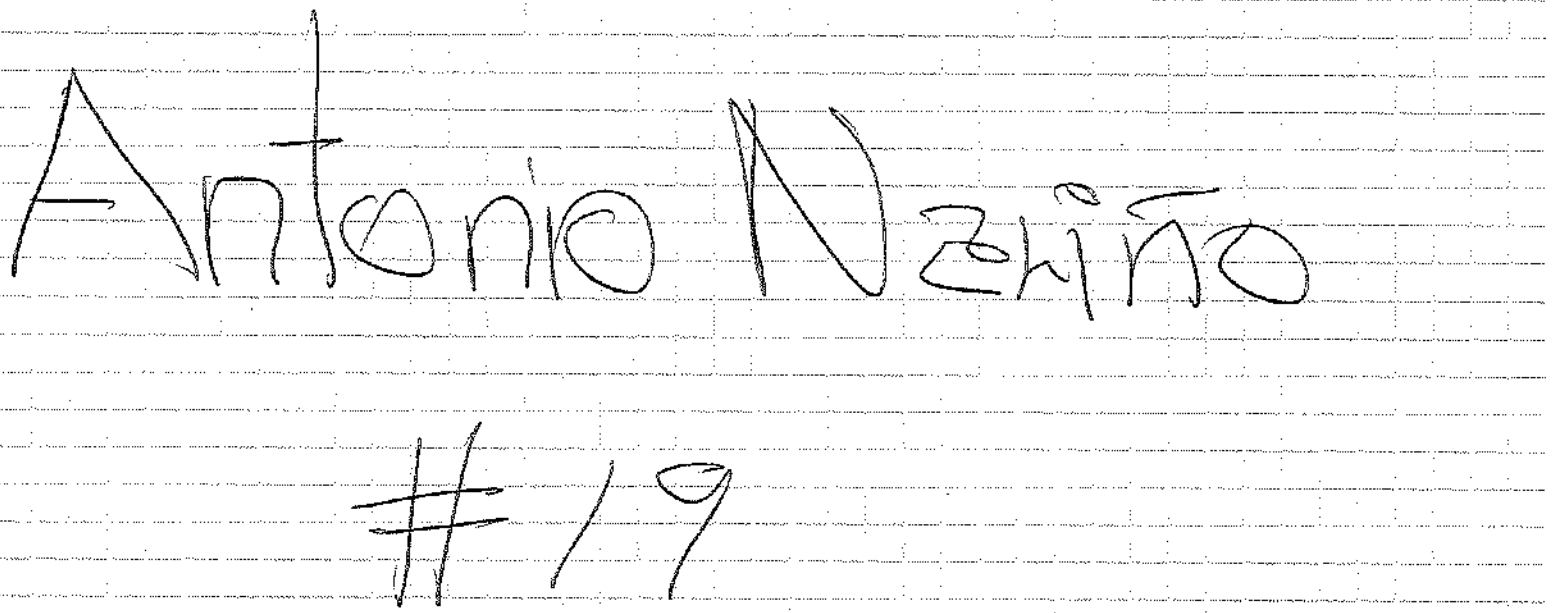
Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Kennedy.


Antonio Nieto
#19



AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 11- Junio - 2026

LUGAR: Antonio Nariño - Casa de la Juventud

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - SDM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Luz Fabiola Quintero	CC	39797758	3144414	708	Si	
2	María Fernanda Bordes	CC	1003967213	3219033865		Si	
3	Greise Alejandra Rodriguez	CC	1023938284	3228548057		Si	Alejandra
4	Yailin Viera	CC	26590411	3008334518		Si	
5	Andres Mauricio Vargas	CC	1022388184	3209388838		Si	
6	Jenny Herrera Garcia	CC	1032369667	3132342033		Si	Jenny Garcia
7	Natalia Morero	CC	1022922241	3014591290		Si	
8	Sandra Milena Niño	CC	1073158569	3114792760		Si	
9	Sandra Diaz	CC	52302893	3214247847		Si	
10	Jaicer Rangel	PPT	5787249	3183491814		Si	
11	Jazmin Salamanca	CC	1022443015	3052128614		Si	
12	Deisy Mallisa Marin	CC	1030629635	3209912672		Si	
13	Marisol Varry	CC	79346667	3117259548		si	
14	Yessica Ramirez	CC	1014299063	3226807441		Si	Yessica R.B.
15	Natsha- Arango	CC	1013586930	3226807441		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 11-Junio-2026

LUGAR: Antonio Nariño - Casa de la Juventud

OBSERVACIONES: Encuestas ASP - 11 DA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Gabriela Diaz	cc	1005994577	3208418028		Si	Gabriela D.
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gabriela Diaz

Documento: 1005994577 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x Gabriela Diaz Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Datoms Nexica

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nubeska Aragon

Documento: 1013586930 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Antonio Nieto

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yessica Ramirez

Documento: 1014299063 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yessica Ramirez B. Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: Dimi Lolata Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: ANTONIO NIETO

Correo electrónico: 3128518110

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: MADISON VANEY ALVAREZ.

Documento: 79'347667. Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: WENDY TORRES.

Firma: _____ Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138578110

Correo electrónico: ANDRES NUÑEZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daisy Mellisa Mario Torres

Documento: 1073629635 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 11/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: ENTER A NEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jazmin Salamanca

Documento: 1022943015 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jazmin Salamanca.c Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelut

Firma: [signature] Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento Informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Antonio Nieto

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jaca Bonzel

Documento: 57321244 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pominok claire

Firma: _____ Fecha: 11 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Antonio Nzuela

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Diaz.

Documento: S2302843 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: ANTONIO NEIRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Helena Vivo Rojas

Documento: 1-073-158-569 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138513110

Correo electrónico: DATOS OCULTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Natalia Moreno

Documento: 1023922941 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Natalia moreno Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilo Londoño

Firma: [signature] Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3135818110

Correo electrónico: ANTONIO NEIRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jenny Herrera García.

Documento: 1032369662 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jenny García Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suárez Bastidas.

Firma: Amparo Suárez Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: ANTONIO HERRERA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andres Mauricio Vargas.

Documento: 1022388184 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 11/04/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: ANTONIO HERRERA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yailin Viera

Documento: 26590411 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yailin Viera Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADS

Coordinador de campo

Celular: 3138513020

Correo electrónico: ANTONIO NIÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Greise Alejandra Rodriguez

Documento: 1023938284 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra Fecha: 11 / 06/2026

Nombre del/la enquestador/a: Yomiliah claire

Firma: _____ Fecha: 11 / 06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: Antonio Medina

Correo electrónico: 3138516110

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: x. Maria Fernanda Portes

Documento: 1003963713 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maria Portes Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138578110

Correo electrónico: Antonio Nieto

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ley fabiola Quintero Ureña

Documento: 39797758 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camile Londoño

Firma: [signature] Fecha: 11/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento Informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3133858810

Correo electrónico: Antonio Nariño

Antonio Nariño

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Puente Aranda #18

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 10 - Junio - 2026

LUGAR: Puente Piedra

OBSERVACIONES: Encuesta PSR - IIDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Valentina Capera	1106394785		3205973474		Si	
2	Naila Benitez	1193555516		3214526401		Si	
3	Estefania Montaño	71376812.		5803231418		Si	
4	Leidy Varón	52758480		3213955 72		Si	
5	Maria Galinda	52128289		3124690292		Si	
6	Angelina Galan	49155 6487		311 212 6934		Si	
7	Mercedes Molina	39765436		3213926648		Si	
8	Patricia Parra	36166378		3213529224		Si	
9	Nelcy Hurtado	52440520		3007621260		Si	
10	Katy Beinal	1023940222		3014477197		Si	
11	Maritza Heredia	53104 7040		3133133814		Si	
12	Johana Garcia	1015397657		3246455995		Si	
13	Jose Vega	1072711137		3016177469		Si	
14	Francely Castillo	6334274.		3132699896		Si	
15	Thammay Gallardo	63341227		3138416963		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Pte Branda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Naila Benitez.

Documento: 1193155516 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: puente Drende

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Capera

Documento: 1106394735 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Puente Aranda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Estefanía del Carmen Montero

Documento: 71376812 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 10/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Puente Branda

4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leidy Varón

Documento: 52956480 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Leidy Varon Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 10/25/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Puente Dranda

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Gabriela Vizcaíno

Documento: 52128289 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 10 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pamela Claire

Firma: [signature] Fecha: 10 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: puente.brenda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Aleyda Patricia Cabrera V.

Documento: 49156497 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mercedes Molina

Documento: 39765436 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MercedesMolina Fecha: 10 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeles

Firma: Dimitri Argeles Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: puente.brenda.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Patricia Parra

Documento: 36166378 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Patricia Parra Fecha: 10/09/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 10/09/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Puente Orando

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nelcy Soledad Hurtado Lucumí.

Documento: 52.440520 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: Amparo Suarez Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: fuente2vanda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Katy Bernal.

Documento: 1023946027 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/26/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: fvonbertrab@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maryza Velasquez Heredia

Documento: 58'047040 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maryza Velasquez Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAN ARGUELLO

Firma: ALAN Fecha: 10/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: fuente avenda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johana Garcia

Documento: 1015397657 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johana Garcia Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: puente avanda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JOSÉ ISMAEL VEGA

Documento: 1072711392 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 16/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Francely Castillo

Documento: 6334874 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [redacted], UDEM

Yolanda Torres

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Thammary Gallardo

Documento: 6334227 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandra

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [redacted] 1114M

poentezvanda

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 10-JUNIO-2026

LUGAR: Puente Aranda - Biblioteca Distrital.

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - PAM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Alexan Macedo S	1122268339		3134842738		SI	
2	Fernanda Aristabal	1006784491		3234515219		SI	
3	Nicol García	711 27 85		3133196636		SI	
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fernanda Austrazabal

Documento: 1006794491 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fernanda Austrazabal Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OVIEDO R.

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 10 / 06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Puente Branda

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alexan Macedo S.

Documento: 1122268334. Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalia Suarez Rand.

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518140

Correo electrónico: Puente Blanda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nicol Garcia

Documento: 7112786 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Juan Cano

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: fuente viranda

USAQUEN

#18

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 9 - Junio - 2026

LUGAR: Usaquen - Servita

OBSERVACIONES: Encuestas DSP.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Juan Del Castillo	1019154154		3014582748		SÍ	
2	Juana Salome Charry Rippe	1001317200		3195650510		SÍ	Salome Charry
3	Leidy Xiomara Bolivar	1019073 63		—	—	SÍ	Leidy Xiomara
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JUAN ESTEBAN DEL CASTILLO

Documento: 1019134154 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 9/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeluz

Firma: _____ Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: USZQUEM, IIAM

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juana Salome Charry Rippe

Documento: 1001317200 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Salome Charry Fecha: 09 /06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Cifuentes

Firma: Daniela Aguirre Cifuentes Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lady Xiomara Andrade

Documento: 1019073631 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Xiomara Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Corrales

Firma: [signature] Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaquen.ilam

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 9-Junio-2026

LUGAR: Usaquen - Servita

OBSERVACIONES: Encuestas ASP. - 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Liliana Ulloa	52618379		3244800686		Si	Liliana Ulloa C
2	Laura Diaz	1020780106		3024422019		Si	Laura Diaz
3	Daniela Perez	1020840267		3224853627		Si	Daniela Perez
4	Jolietaflolez	1131105132		3018373121		Si	
5	Blanca Noa	52794952		3142233420		Si	Blanca Liliana N.
6	Yesica Saenz	1022396680		3214460203		Si	Jessica Saenz
7	Laura Paola Gonzalez	24523103		3228392771		Si	
8	Maria Zuñiga	1033097952		3012126743		Si	Maria Zuñiga
9	Gabriela Velasquez	1043143420		3223941489		Si	
10	Rocio Castellon	30776568		3134022843		Si	Rocio C
11	Britany Blanco Castellano	1047400637.		3133651530		Si	
12	Francy Sanchez	52939967		3247870287.		Si	Francy Sanchez
13	Liliana Alexandra Perdomo	1014279433		3027088186		Si	
14	Jaqueline Cortes	52327827		3238452815		Si	
15	Luz Vargas	52055478		3112307258		Si	Luz Vargas.

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Usaquen.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Liliana Alexandra Perdomo Cortes

Documento: 1047704933 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Liliana A Perdomo C. Fecha: 9 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 09 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen, 9dm

Usaquen.

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rosio cos Tellon C

Documento: 30726568 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rosio C Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: DanielaAguirreQuintero Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen, PAN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Zuñiga

Documento: 1033097952 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Zuñiga Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 9/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen, gov

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Perez

Documento: 1020840267 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 9/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 9/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen, 9pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Liliana Ulloa

Documento: 52.618.379 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Liliana Ulloa C Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samara Cano

Firma: Samara Cano Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen_gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LAURA PAOLA GOMALES

Documento: 24523103 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [signature] Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Britany Blanco Castellano

Documento: 1047900637 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Britany B. C. Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argaez

Firma: Dimitri Argaez Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaguen, gm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: rumoldo flores

Documento: 1123105132 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal.

Firma: [signature] Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaquen.gsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Blanca Ligia Noa

Documento: 52.794.957 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Blanca Ligia N. Fecha 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaquen.gan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Liz Vargas

Documento: 52055478 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Liz Vargas Fecha: 9/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 9/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaquen_gym

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gabriela Velazquez

Documento: 1043743420 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Landazo

Firma: _____ Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaque1_gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yesica Saenz

Documento: 1022396680 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yesica Saenz Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Usaquen, 9041

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Francy Sanchez

Documento: 52934967 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Francy Sanchez B Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADM6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110.

Correo electrónico: usaquen, IDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Diaz

Documento: 1000780706 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Diaz Fecha: 09/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Lanadeo

Firma: [signature] Fecha: 09/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: 0529ser1 gmail

15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en vídeo y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JACQELINE CORTÉS

Documento: 52.327.827 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 9/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: usaguen.1104

chapinero

#121

encuestas DSP

	Pregunta: Pensando en su día a día, ¿Cómo sienten que lo que viven realizando la actividad en la calle y las formas en que se cuidan se influyen en su estado de salud?

GF 3: Establecimientos. Mujeres cisgénero colombianas menores de 45 años	
Pregunta de apertura	**Objetivo:** Generar confianza, ubicar quiénes participan y desde qué rol/experiencia hablan; abrir el campo narrativo sobre el día a día de la actividad y su entorno, sin entrar aún en temas sensibles.
	Pregunta: "Para empezar, ¿podrían presentarse y contarnos cuánto tiempo llevan trabajando en establecimientos y cómo describirían su día a día allí?" (*Indagar si ha cambiado de establecimientos o modalidades en la experiencia*)
Pregunta de transición	**Objetivo:** Analizar, en el marco del grupo focal específico, cómo se configuran y se narran los ESA entre sus participantes, e identificar de qué manera las desigualdades, el estigma y las experiencias de violencia influyen en dichas percepciones.
	Pregunta: "Teniendo en cuenta lo que nos han contado sobre su actividad en el establecimiento, ¿cómo sienten que ese día a día influye en su estado de salud actual?" (En caso de que haya habido cambios, intentar profundizar en términos del estado de salud-)
Pregunta central 1	**Objetivo:** Comenzar a explorar percepciones, narrativas y significados de las CO y cómo se "interpreta" ese quehacer en la vida cotidiana.
	Pregunta: "Desde su experiencia como mujeres [redacted] que realiza la actividad en los establecimientos, ¿cómo viven las reglas, el trato y las dinámicas del lugar, y cómo todo eso influye en la forma de realizar la actividad en su vida cotidiana?" ¿Cómo creen que cambian las condiciones de la actividad cuando se es una mujer cisgénero?
Pregunta central 2	**Objetivo:** Identificar las PC/A, sus lógicas, y las barreras o facilitadores que surgen de las CO.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 5 - Junio

LUGAR: Chapinero - El Taller de DIDO - Cra 16 # 66-49.

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Lugdy Dayana Perez	1026584772		3245682312		Sí	Lugdy P.
2	Nansha Pineda	1090066374		3104051233		Sí	Nansha P.
3	Dulce Santana	21300889		3001004966		Sí	
4	Mara Romero	79184996		3156176870		Sí	
5	Karen Reyes	1007244501		3025607091		Sí	Karen Yisel Reyes
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

1
Chazpinero
5-3 sept/26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Iuddy DAYANA PEREZ M.

Documento: 1026584742 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Iuddy P. Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yarlen Espitia Angel

Firma: [signature] Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepheo, UI 5-06-26

Chapinero 05-06-2026

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Duke Mozia Santana

Documento: 21.300 887 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS P.

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 10 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chizpinelo, Ui 5-06-26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luis Ha Pineda

Documento: 1052066374 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518180

Correo electrónico: chepinera, vi 5-06-26.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Catalina Romero O

Documento: 79184996 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 16/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 10/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, vi 5-06-26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karen Yisel Reyes

Documento: 1007244501 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karen Reyes Fecha: 10/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Stanley Clarke

Firma: _____ Fecha: 10/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineo

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 4-Junio-2026
LUGAR: chapinero - El Taller de Dido - Cra 16 # 66-47.
OBSERVACIONES: ENCUESTA DSP - 2PM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Ana Marina Barrientos	32430700		3229364306		Sí	
2	Lorena Barriga	80373466		3112176407		Sí	
3	Olga Castro Bravo	52533456		3142442163		Sí	
4	Anyi Marmol	6728162		3016826531		Sí	
5	Eidy Gregoria Orozco L	49779779		3117335296		Sí	
6	Yuremi Arevalo Bonal	1026306157		3507861216		Sí	
7	Dora Hernandez	1000133990		3173841412		Sí	
8	Edith yuley Agudelo	1006873491		3028532188		Sí	
9	Kare Fuquene Garba	1022989677		3143226303		Sí	
10	Ana Lucia Ramirez Ψ*	1072664744		3143432885		Sí	Ψ* SOS
11	Dedy Montealegre Infante	1000382676		3134335838		Sí	
12	Jena Rodríguez	1070048047		3105992663		Sí	
13	Martha liliana Rivera	1073101110		3123674839		Sí	
14	Dalgy Rosa Martinez	32765996		3123565685		Sí	
15	Luis Eduardo Zuñiga	6777829		3241864097		Sí	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

chapinero

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Marina Barrientos Gonzalez

Documento: 32430700 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Marina Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: __/__/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 3pm

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lorena Barriga

Documento: 20.373466 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinedo, 3pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: OLGA CASTRO BRAVO

Documento: 52533456 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: olga bravo Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS P.

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 3pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ANYI MARIN

Documento: 6128162 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Sharon Cano

Firma: _____ Fecha: 01/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineco, 3pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Eldy gregoria ordoño Lagares.

Documento: 49779779 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Eldy ordoño. Fecha: 04/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Angel

Firma: Fecha: 04/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineo_3@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yurani Arévalo Bernal

Documento: 1'026306151 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: _____ Fecha: 06/04/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinero, 3@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Aura Hernandez

Documento: 1.006133.990 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jasmin Beltran Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoren Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: chapinero_4p

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edith Yovleg Agudelo Prieto

Documento: 1006873491 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapiro@...

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

9

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: KAREN FUQUENE GAMBA.

Documento: 1022989677 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: KAREN FUQUENE. Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 05/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_vis

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

10

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Lucia Ramos Pacha

Documento: 1076644744 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Darlen Espitia Ruiz

Firma: _____ Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinzon@vi5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yesly Marbeiyre Infante

Documento: 1000332636 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero

Firma: Daniela Aguirre Montero Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAB

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: chzplaneta, Vi S

Vis/06/26.

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jana Rodriguez

Documento: 1107048047 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dinate Aguirre Quintero

Firma: Dinate Aguirre Q Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADS6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineo, uis

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luis Eduardo Zuñiga U.

Documento: 6777829 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Ortega

Firma: Daniela Aguirre O. Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: chapinero_ui's

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dalgy Rosa M.

Documento: DA[illegible] Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Harley espitia angel

Firma: _____ Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518[illegible]

Correo electrónico: [illegible]

15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Martha Liliana Rivera Daza

Documento: 1073510110 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominch Claire

Firma: _____ Fecha: 05/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineo, ui's

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 4-Junio-2026
LUGAR: Chapinero - El Taller de Pido - Cra 16 # 66-49
OBSERVACIONES: Encuesta ASP - 11 AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Gleici Carolina Oropeza	Z4750623		3209645495		Si	Gleici Carolina O.
2	Nataly Bernal	86055758		3232302604		Si	
3	Clirey Tatiana Romero	1058304343		105 3122383983		Si	
4	Neibys del Valle Guzman	22563436		3123140632		Si	
5	Astrid Johanna Amezo	1030596902		3112257263		Si	
6	Ghildene Leonor Calcedo	1073674143		3136507202		Si	
7	Lisu Sofia Rivas	1033769371		3058245028		Si	Lisu Rivas.
8	Marylez Romero M.	51804574		3115123999		Si	Marylez Romero M.
9	Pantera Goley	1073242223		3118755361		Si	
10	Leonardo David Rodriguez	5872219		3208425206		Si	
11	Rocio Velasquez O	42100793		3005009201		Si	Rocio Velasquez
12	Angelica Muñoz	55131847		3133500403		Si	Angelica Muñoz
13	Ruth Helen Triana	52291798		3108876222		Si	
14	Hanne Navarro Castilla	1121218716		3219262856		Si	
15	Elizabeth Doncel.	1020807162		3002522398		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gleicé Carolina

Documento: 24750623 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO.

Firma: ARAMÌ Fecha: 4/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Natalia Bernal.

Documento: Cedula 22/604 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: 1096055758. Fecha: 04/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal.

Firma: Amparo Suarez. Fecha: 04/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineto_zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angel Tatiana Romero

Documento: 1065304343 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romero Claire

Firma: [signature] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

4

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lian Sofia Rivas

Documento: 1033749371 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 4/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ghislene leonor caicedo

Documento: 1073674143 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel .

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ASDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Noiggs Guzman

Documento: 22562436 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2pm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Astrid Johanna Amaro

Documento: 1030596977 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Cordoba

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518140

Correo electrónico: chaplnero_zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

8

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: MARYOR. Romero Robles.

Documento: 51804579 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MARYOR. Romero R. Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS

Firma: EMMANUEL Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinolo, IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

9

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fabian Godoy

Documento: 1073242223 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: "Fotog" Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAN ARGUETO

Firma: ALAN Fecha: 4/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: chapheo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

10

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leonardo Daniel Rodriguez Garcia

Documento: 1058922119 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Leonardo Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalia Suarez Perez

Firma: Amalia Suarez Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzphera

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ruth Marlene Tuesca

Documento: 57291798 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVELLA P.

Firma: [signature] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepinedo1@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rocio Delgadillo

Documento: 42.100.793 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rocio Delgadillo Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angelica Munoz

Documento: 55131547 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angelica Munoz Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yuleidy Estrada Ospino

Firma: [signature] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepino@zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en vídeo o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yara Lucero Castillo

Documento: 1111884116 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/Jan/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 04/01/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

15

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Elizabeth Gonzalez

Documento: 1020801462 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: [signature] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAD

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero y zpm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 4 Junio -2026
LUGAR: Chapinero - El Taller de Dido - Cra 16 # 66-49
OBSERVACIONES: Encuesta DSP -- 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Ana Cecilia Neira	41799731		3175C38962		Si	Cecilia Neira
2	Xiomara Casas	1022343587		3224810464		Si	Xiomara Casas
3	Angie Daniela Cifuentes	1033802584		3204877249		Si	
4	Jenny Paola Aguirre	52934177		3229586837		Si	Jenny Paola
5	Heidy Gomez	40325112		3209491584		Si	Heidy Gomez
6	Julian Ballesteros	1018491733		3103114373		Si	
7	Monica Cañon Rojas	1072429159		3213581763		Si	MONICA CAÑON
8	Maria Morales	55167999		3103019117		Si	Maria Morales
9	Ligia Aleman	41760065		3107781334		Si	LIGIA ALEMAN
10	Yuri Muñoz Ortiz	79508359		3208252280		Si	Yuri Muñoz
11	Emile montalvo Palacios	1122142800		3146652248		Si	Emismontalvop.
12	Maria Alejandra Mosquera	1107055650		3133635604		Si	ALEJANDRA
13	Jhon Alexander Espitia	1015408968		3195061956		Si	
14	Stella Mahecha Santos	51980451		3106796555		Si	
15	Heidy Rodriguez	1073954437		3146351793		Si	Heidy R.

15-Encuesta DSP

MÁS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

chapinero
9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Cecilia Neira.

Documento: 41799731 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

Correo electrónico: chapineco, gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Britney Garcia

Documento: 1022349358 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yomara Garcia Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 4/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ANGIE DANIELA CIFUENTES

Documento: 1033802584 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinero@gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Julian David Ballesteros Buenaldo

Documento: 1018491733 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 4/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_adm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JENNY PAOLA AGUIRRE

Documento: 52934177 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: paola aguirre Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ENMANUEL OLIVEROS V.

Firma: ENMANUEL Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAD

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_gam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Heidy Gomez

Documento: 40325111 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: xHeidy Gomez Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la ~~encuestador/a~~: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 4/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_gam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Monica Cañon Rojas.

Documento: 1072 429169 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_gam

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maria Marol

Documento: 55167999 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maria Marol Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amabola Suarez Bernal.

Firma: Amabola Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineko, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LIGIA ALEMAN

Documento: 41760065 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LIGIA ALEMAN Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dilen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

10

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [illegible]

Documento: 1955[illegible]354 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineho90@[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Emis montalvo palacios

Documento: 1122142800 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Emismontalvo P. Fecha: 4/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPELMIR OLIVEROS

Firma: EMPELMIR Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineria, 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jhon Alexander Ospina

Documento: 1015408968 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapireo_gam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: MADIANIS ALEJANDRO SEGURA

Documento: 1067955660 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MADIANIS Fecha: __/__/2026

Nombre del/la ~~encuestador~~/a: Jorlen Espitia Angel

Firma: [signature] Fecha: 4/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, gam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Stella Toledo Sotelo

Documento: 1129502451 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Emmanuel Olivero P.

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero.gam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

15

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Haidy Rodriguez

Documento: 1023954437 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Haidy R. Fecha: 04/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Landazo

Firma: _____ Fecha: 04/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero 9am

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 03 - Junio - 2026

LUGAR: CHAPINERO

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - 2P.M.

11 encuestas ASP Stgo.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Angie Castañeda	16292032		3212767602		Si	
2	Lisbeth Infante	1004967518		3209638820		Si	Lisbeth Infante
3	Jasbleidy C. Barrera	1136911873		3209709167		Si	Jasbleidy Be.
4	Oscar Antonio Penagos	1030521383		3144905389		Si	Oscar Penagos
5	Yinesca Lozada	71047749		3143642594		Si	
6	Reina Maria Alvarez	1012379210 7		3189622278		Si	Reina Alvarez.
7	Sindy Katerine M.	1030628435		3107764067		Si	
8	Angela Maria Corredor	1022926979		3152468880		Si	Angela Corredor
9	Luz Elena Gil Perez	41648203				Si	
10	ene molina soto	1007172620		3242231253		Si	
11	Maribel Azuaje	20694162		3228153877		Si	Mauri.bel
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lisbeth Infante

Documento: 1004967518 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lisbeth Infante Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominich Claire

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 2pm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yineska Lozada

Documento: 7101774 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Yineska Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelo2

Firma: Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepinero2@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angie Castañeda

Documento: 16.292.032 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 3/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 3/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_zona

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jusbleidy Carolay Barrera

Documento: 1136911573 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez.

Firma: _____ Fecha 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Oscar Antonio Penagos

Documento: 1030521383 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Oscar Penagos Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinto2@gm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rena Maira Alvarez.

Documento: 1012377219 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rena Alvarez Fecha: 3 /06./2026

Nombre del/la encuestador/a: Yeiden Espitia Angel

Firma: Fecha: 03 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sindy Katerine Mayorga

Documento: 1030628455 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 3/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 3/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-zpm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en vídeo y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angela María Caredo

Documento: 1022926979 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angela Caredo Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anupola Suarez - Baird.

Firma: AnupolaSuarez. Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineta, zym

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Elena Gil Perez

Documento: 41648203 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 3/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 3/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_2@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana molina soto

Documento: 1007172620 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romasch Claire

Firma: [signature] Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mauricio Azuaje

Documento: 20.694.162 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoder Espitia Angel

Firma: [signature] Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero,

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 03 - Junio - 2026

LUGAR: CHAPINERO

15 ENCUESTAS ASP

OBSERVACIONES: ENCUESTA ASP. - 9AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Mª del mil Amores Fernandez	1020841660		3112006075.		Sí	
2	Maria del Carmen Vargas	65728935		3104094029		Sí	Gloria Vargas
3	Gloria Amparo Alarcon	39553801		3132963412		Sí	
4	Xiomara Diaz	1010125151		3158846083		Sí	
5	Tatiana Gutierrez	1110602505		3138248411		Sí	
6	Sandra teresa Ramirez	51673958		3112598694		Sí	
7	Leidy Paula Guarin	1113060074		3227019564		Sí	
8	clara Ines Huertas	52321652		3115246442		Sí	Clara Ines
9	Britny Torres Morales	1021665276		3193237174		Sí	Britny torres
10	Jose Bermudez	7118686		3005706672		Sí	
11	Johan Mauro S.	1000812486		3146891250		Sí	
12	Diego Valero	1004359601		3112353186		Sí	
13	Julian Contreras	79657260		3102197988		Sí	
14	Naiselis Rosendo	24305306.		3229407662		Sí	Naiselis R.
15	Deilis Johanna Senten	1116790396		3195060426		Sí	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

1

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LEIDY PAOLA GUZMAN

Documento: 1113040074 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LEIDY PAOLA Fecha: 3/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 3/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADSG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_fza

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ma. De Mil Amores Fernández Vergas

Documento: 1020841660 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez B.

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinelo, ga

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María del Carmen Vargas

Documento: 65.778935 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Vargas Fecha: 03/06/2026

3104094029

Nombre ~~del/la~~ encuestador/a:

Firma: Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineto, 9@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

4

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gloria Amparo Alzate

Documento: 39553801 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepinero_juan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Teresa Ramirez

Documento: 51 673 958 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Maiker Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-9@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Xiomara Diaz

Documento: 1001251514 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 3/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 3/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: dcapineto-9@m

No realizó ASP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nicol Johana Yulianis

Documento: 1006122187 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nicol Johana Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelot

Firma: Dimi delarte Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero

NO realizo DSP.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

8

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Tatiana Guerrero

Documento: 1110 600506 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Tatiana Guerrero Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: chapinero-9am

9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Clara Ines Huertas

Documento: 52321652 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Clara Ines J Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineco - gam

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Britney Torres Morales

Documento: 1021665276 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Britney Yuliet Torres Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argaez

Firma: Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: <gzpineo - gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: José Bermudez

Documento: 7118986 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 3/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Magali

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinero - gmail

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johan Stiv Moreno Sanchez

Documento: 1006311456 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johan Moreno Fecha: 03/May/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominica Claire

Firma: _____ Fecha: __/__/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineko-gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diego Ulloa

Documento: 1004359651 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sancha

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-03-gym

14

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: EDIO JULIAN CONREEN ARIAS

Documento: 79657269 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalda Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineco-03-9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: NAISELIS ROSADO

Documento: 24.305.306 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: SAMANTHA GARCIA

Firma: [signature] Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-03-gsm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dexhs Jhoanne Janten

Documento: 1116790396 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 3/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGOELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 3/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 9DM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 03 - Junio - 2026

LUGAR: CHAPINERO

OBSERVACIONES: ENCUESTA DSP - 11AM.

15 ENCUESTAS DSP

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Ana Karina Delgado	28096078		3044931456		Si	Ana Karina
2	Daniela Beltran	1174792		3123761163		Si	Daniela Beltran
3	Luz Dary Paredes	39616449		3133210842		Si	Luz Dary Paredes
4	Valentina delgado	30042322		3224954432		Si	Maria Delgado
5	Tifany Hernandez	1121932887.		3123762136		Si	
6	Gabriela Rodriguez	PPT 6238611		3102705275		Si	
7	andrea figueroa	26201348		3112106885		Si	Andrea.
8	Luis Miguel Ortiz	1032359142		3124309741		Si	
9	Gloria Valeria Cabarca	1082939827.		3042224485		Si	Gloria Cabarca.
10	Yoha Mojica	51422140		3108997562		Si	Yoha Mojica.
11	Sofia Martinez	1229480157		3203963159		Si	Sofia Martinez.
12	Geraldine Barbosa	25175580		3132150871		Si	Geraldine Barbosa
13	Litxy Escalona	31010255		3025110506		Si	
14	Yuli Andrea Solis	1010160901		3053758577		Si	
15	Joanna Andrea Peña	1033741170		3226097095		Si	Joanna Peña

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Dary Paredes Ayala

Documento: 39076449 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Dary Paredes Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: Dimitri Argelis Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero1@[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Karina Delgado

Documento: 28096078 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X Ana Karina Fecha: 3/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 3/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaphco, Hotmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Beltran

Documento: 1174792 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: Daniela B. Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Cardozo

Firma: Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 11@u

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Delgado

Documento: 30092322 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Firma Delgado Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Glorys Valeria Cabarca

Documento: 1082939827 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Glorys Cabarca Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominica Claire

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaginaca, ilbm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gabriela Rodriguez

Documento: 623861 1 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chagpinero, IID

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andrea Figueroa

Documento: 26.201.348 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andreita. Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: Amapola Suarez Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento Informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaphelo,11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Tiffanny Hernandez Sarmiento

Documento: 1126937249 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chajinelo_11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juis Miguel Ortiz.

Documento: 1032359142 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 3/06/2026

Nombre del/la enquestador/a: Marlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ΔDD6

Coordinador de campo

Celular: 3638518110

Correo electrónico: chapineo - 11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yoha Mojica

Documento: 5142240 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero.11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sofia Martinez

Documento: 1129580577 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sofia Martinez. Fecha: 3 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Fecha: 3 / 06 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepineo 11@gm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yeraldin Barbosa

Documento: 25175580 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: Yeraldin Barbosa Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Garcia

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 313851811O

Correo electrónico: chapinero_ilda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Litzy Escalona

Documento: 3101025 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yuli Andrea Solis

Documento: 1070160907 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yailen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 03/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, ilan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Thoanna Andre Peña.

Documento: 1033741170 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 03/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: [signature] Fecha: 3/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento Informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 02-Junio-2026

LUGAR: Chapinero - El Taller de Dios

OBSERVACIONES: ENCUESTA LSP - 9A.M.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Daniela Cubillos	CC	1007708893	3104219289		Si	
2	Claudia Ortiz	CC	60353328	3192359160		Si	
3	Daniela Calderon	PPT	5077784	3024261918		Si	
4	Candy Moya	CC	1080183681	3005679565		Si	
5	Teresa Perez	CE	321590 41	3223212505		Si	
6	Maria Gilma Ewar	CC	43669738	3118176680		Si	
7	Jessica Chiquillo	CC	1047379306	3208869381		Si	
8	Karoll Muñoz	CC	1073676901	3244000578		Si	
9	Valentina Hernandez	CC	1014183337	3014761988		Si	
10	Camilo Castellanos	CC	1019097603	3058365581		Si	
11	Maria Aguilar	CC	1010180405	3203668663		Si	
12	Yuli Montaño	CC	1012337306	3245743884		Si	
13	Maria Franco	CC	39576528	3213120898		Si	
14	Sandra Rojas	C.C.	60399440	3028552867		Si	
15	Maria Ximena Alles G.	CC	63518335	3017481791		Si	

MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Gutiérrez

Documento: 1.007.708.893 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniela Gutiérrez Fecha: 02/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARCOS

Firma: ARAMI Fecha: 2/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: JDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero - 9am

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Ortiz

Documento 60353328 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzpinero - SDM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Calderon

Documento: 50777284 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amanda Suarez B.

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-adm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

4

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Candy CE

Documento: 1080185631 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 2/02/2026

Nombre del/la encuestador/as: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 2/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADBG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Teresa Perez

Documento: 32159041 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Teresa Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Carlle londoño

Firma: [signature] Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero-9a17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒-Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Gilma Ewald B.

Documento: 43669738 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Gilma Ewald Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelo

Firma: Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, ADM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [illegible]

Documento: [illegible] Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 2/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Pinteros

Firma: Daniela Aguirre P. Fecha: 2/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, YSM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

8

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karol Andrea Muñoz Trujillo

Documento: 1073676901 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andrea Trujillo Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Maden Espitia Angel

Firma: Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapineiro.gsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

9

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Hernandez

Documento: 1014183371 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 07/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha 07/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_gsh

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

10

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jehisson Camilo Castellanos.

Documento: 1019097603 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_704

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Nelly Aguilar

Documento: 1010180405 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Nelly Aguilar Fecha 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: camila londoño

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero@gsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yulic montaño

Documento: 1072339706 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yulic montaño Fecha: 2/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARCUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 2/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaplnero, 9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Franco.

Documento: 39576528 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 02/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Rojas

Documento: 60399440 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra M. R. Fecha: 2/06/2026

Nombre del/la ~~encuestador~~/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 2/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_ydm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

15

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Ximena Arias Guzmán

Documento: 63518335 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MaríaXimena AG Fecha: 2/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: DanaheAguirre Quintero

Firma: DanaheAguirre Q. Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chepinero, 9dm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 02 - Junio - 2026

LUGAR: Chapinero - El Taller de Jedo.

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - 11am

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Edna Rocio Perez Acosta	52552482		3204324979		Si	
2	Claudia Rocio Martinez	20804428.		3112356177		Si	
3	Gloria stefany Duente	1026559484.		3223711091		Si	
4	Lady Laura Laldick.	1016060743		3246853898		Si	
5	Estephany Mejia	7021191		3009422581		Si	
6	Jenifer Segoviz	38059662		3158405927		Si	
7	adriana Guerrero	31569547.		3126796791		Si	
8	Lina M	———		3204582238		Si	
9	Luisa Zambrano	1033676586		3222183519		Si	
10	EDY Soley Montoya	43755034.		3104722 4416		Si	
11	Nubia Liliana Salamanca	52362740		3133980468		Si	
12	Yoseline angulo	1026255748		3052129800		Si	
13	Sandra Paez	52381723		3204661755		Si	
14	Cristian Suarez	1118758O		3102522213		Si	
15	Linka	1144050112		3124819619		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

16

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edna Rocio Perez Acosta.

Documento: 52.552.482 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

Correo electrónico: chzapata - ilsa

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

17

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [illegible]

Documento: 20.894.429 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: HAIKM Espitia Angel

Firma: [illegible] Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 11AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

18

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gloria Stefany Duarte Casallas

Documento: 1026589141 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelez

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, 11a

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

19

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lady Sofy Zuluick

Documento: 1060607713 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138513110

Correo electrónico: chapinero, 11An

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

20

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yonifer Segovia

Documento: 34059662 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Yonifer Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominich Chiye

Firma: [signature] Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chzplnolo, 11@c

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

21

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Estephany Morles

Documento: 7021687 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 2/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 2/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: drzpinero/11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

22

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autoculdado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edy Solay Montoya

Documento: 43755034 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Edy Solay Montoya Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Victoria Sanchez

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero, ilan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

23

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Adriana Guerrero

Documento: 31569547 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana Guerrero Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: chapinero 11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

24

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autoculdado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nubia Maria Salamanca Yayoreo

Documento: Cedula de Extranjeria Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha 06/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaplrez, man

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

25

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Loisa Zambrano

Documento: 1033676586 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Loisa Zambrano Fecha: 2/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARANI ARGUELLO

Firma: ARANI Fecha: 2/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapteco, ltda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

26

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lina

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lina M. Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapiro_11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

27

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yosaira Amaro

Documento: 1026 55548 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yosaira Amaro Fecha: __/__/2026

Nombre del/la ~~encuestador/a~~: (Yosaira Angulo) NMRGH Esp. Ste.

Firma: [signature] Fecha: 21/01/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chaplera, 11@c

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

28

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Ruiz.

Documento: 52138172S Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Ruiz Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: POMIACH Claie

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero_ilc

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

29

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: christian suarez

Documento: 1-1182580 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMY Fecha: 2/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: shepherd_IID

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

30.

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Linka

Documento: 1144050712 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 02/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Lenobre

Firma: _____ Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 02-Junio-2026

LUGAR: Chapinero

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - 2pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Helena Fernandez S.	1006087655		3202433967		SÍ	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

31

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maria Fernandez Salamanca

Documento: 1006087655 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS

Firma: [signature] Fecha: 02/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: chapinero - zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

32

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

33

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autoculdado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

34

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

35

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

36

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

37

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

38

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

40

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: _____

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Subz

#39

Encuestas ASP.

	Pregunta: ¿Qué entiende por cuidado y autocuidado? ¿Qué hace el personal de los establecimientos para cuidar de las personas que realizan ASP? ¿Y qué hacen ustedes para mantener su bienestar mientras realizan su actividad allí?
Pregunta de cierre	**Objetivo:** Establecer cómo el grupo específico correlaciona las ESA, CO y PC/A en torno a la realización de ASP.
	Pregunta: Pensando en su día a día, ¿Cómo sienten que lo que viven realizando la actividad en la [redacted] y las formas en que se cuidan se influyen en su estado de salud?

GF 4: Establecimientos. Mujeres trasngénero colombianas menores de 45 años	
Pregunta de apertura	**Objetivo:** Generar confianza, ubicar quiénes participan y desde qué rol/experiencia hablan; abrir el campo narrativo sobre el día a día de la actividad y su entorno, sin entrar aún en temas sensibles.
	Pregunta: "Para comenzar, ¿podrían presentarse y contarnos muy brevemente, con qué palabra definirían el día a día de su actividad en los establecimientos?"
Pregunta de transición	**Objetivo:** Analizar, en el marco del grupo focal específico, cómo se configuran y se narran los ESA entre sus participantes, e identificar de qué manera las desigualdades, el estigma y las experiencias de violencia influyen en dichas percepciones.
	Pregunta: "Pensando en lo que han contado sobre su día a día en los establecimientos, ¿cómo dirían que su actividad en esos lugares influye en cómo se sienten física y emocionalmente?
Pregunta central 1	**Objetivo:** Comenzar a explorar percepciones, narrativas y significados de las CO y cómo se "interpreta" ese quehacer en la vida cotidiana.
	Pregunta: "Retomando lo que compartieron acerca de cómo su actividad influye en la salud y el bienestar de ustedes, ¿cómo valoran las condiciones del establecimiento –sus reglas, sus horarios, formas de pago, control, trato de administradores y clientes– y qué significado tiene ese entorno para su vida cotidiana como mujeres trans?"

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 01 - Junio - 2026

LUGAR: Suba - Casa LGBTI Laura Weinstein - Cll 146C # 92 78

OBSERVACIONES: Encuesta ASP. 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Saturnx Guadelupe Perez	1019115763		3138557 3139005797		Si	
2	Luz Dary Quevedo	39760623		3212777910		Si	Luz Quevedo
3	Giovanna Guerrero	52750561		3229848430		Si	
4	Luisa Fabiola Manrique	52905238		3197431971		Si	
5	Mayra Canelanis	27.416480		3180234126		Si	
6	Edwin Mendez	1015418004		3133918228		Si	
7	Deisy Orobio	1005862921		3134280205		Si	Deisy Orobio
8	Jorman Lozada	13383368		3127446148		Si	
9	Alba Rocio Vargas Barbosa	52.008375		3027187028		Si	
10	Noela Garcia	69289131		3212175763		Si	
11	Laura Viviana Palacios	1019099968		3227247142		Si	
12	Manuela Prieto	52428225		3118007513		Si	
13	~~Laura Viviana Palacios~~	—		—	—	—	—
14	Karen Dayana Arellano	1015641982		3225801477		Si	Karen A.
15	Rosa Rodriguez	52451073		3143880844		Si	
~~13.~~	~~Karen Barbosa~~	~~1019087596~~		~~3006855103~~		~~Si~~	

15 Encuestas Hoy.

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Salvinx Guadalupe Pérez Mesa.

Documento: 1019115763 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: SALVINX Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGÜELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 1/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDS 6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba - 9007

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Dary Acevedo

Documento: 39760673 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Dary Acevedo Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Subz-9AM

3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Giovana Guerrero

Documento: 52750561 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Giovana Guerrero Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba- 7017

4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marlyn Cevallos

Documento: 27.416.400 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba, PDM

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luisa Fabiola Manrique

Documento: 52905238 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 01/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba - 9AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edwin Mendez

Documento: 1015418004 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 313 85 18 110

Correo electrónico: Subz - 9DM

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jormoz Usuda

Documento: 1339368 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba-gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Deisy Orobio

Documento: 1005862971 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Deisy Orobio Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yuly Sanchez

Firma: _____ Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba - 9057.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Abrela García

Documento: 68289137 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: 5062 - 9DM

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Manuela Prieto

Documento: 52428225 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Manuela Prieto. Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Angela Suarez. Bernal.

Firma: [signature] Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: 5063 - 9dm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alba Rocio Vargas Barbosa

Documento: 52008375 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alba Rocio Vargas Barbosa Fecha: 1 / 06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q. Fecha: 1 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Subz, gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Viviana Palacios

Documento: 1019099968 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Viviana P. Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelot

Firma: Dimi Argelot Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sobz - 9am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karen Barbosa

Documento: 1019087596 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: KarenB Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 1/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Subz - gmail

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karen Daphna Arellano

Documento: 1015461982 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karen A. Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: 5062 - 987 ·

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

15

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rosa Rodriguez

Documento: 52451073 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rosa Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel

Firma: [signature] Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Subz - gan

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 01-JUNIO-2026

LUGAR: SUBA- CASA LGBTI LAURA WEINSTEIN - Calle 146 C # 92-78

OBSERVACIONES: ENCUESTA ASP. 11 AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Yolys Padilla C.	80873075		3238090699		Si	Yolys Padilla
2	Johanna Osorio	23610179.		324-9572606		Si	Johanna Osorio.
3	Grezzidz Tamalba	32549319		3138948992		Si	Grazida
4	Luisa Zapata	1920378 65		3208011564		Si	
5	Katheline Angulo	1024523341		3109616027		Si	
6	Marinela Guzman	64580854		3202621082		Si	Mario.
7	Gabriela Jaimes	1030687864		3054008336		Si	Gabriela Triana
8	Evelyn Rodriguez	1015405185		3133737039		Si	Evelyn R.
9	Alexandra de Arco	2671119		3134806933		Si	
10	Daniela Mendez	26916339		3161568834		Si	
11	Tiffany Martinez	900030390		3245958066		Si	Tiffany Paola
12	Brittany Dizcalla	1025530023		3229578119		Si	
13	Carlos Medina	892224		3209348242		Si	
14	Daira Sanchez	1107043589		3144682508		Si	Daira Sanchez.
15	Angie Quintero	1117524751		3018430857		Si	Angie Quintero

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

16

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yolys Padilla Carreros

Documento: 80873075 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yolys P Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandoval

Firma: Fecha: 01/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDS6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Soy3 -11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

17

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johanna Osorio

Documento: 23.610.179 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johanna. Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romulo Claire

Firma: _____ Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: soba-11@...

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

18

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Grezaida Torrealba

Documento: 32549318 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: grezaida Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: camille Landaeta

Firma: [signature] Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Soba - 11@a

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

19

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luisa Zapata

Documento: 1.120.371.686 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

20

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Katalina Angulo Ortega.

Documento: 1024523341 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 1 /06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalia Suarez Bernal.

Firma: Amalia Suarez Fecha: 01 /06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: soba -11@u

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

21

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alexandra de Acero

Documento: 26711019 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

22

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marinda Guzmán

Documento: 64500854 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero

Firma: Daniela Aguirre M Fecha: 1 / 6 /2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

23

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniela Mendez

Documento: 26.916.339 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 1/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

24

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gabriela Tajmes.

Documento: 1030689964 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x Gabriela Triana Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Soba - 11@m.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

25

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Evelyn Rodriguez

Documento: 1054093185 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Evelyn Rodriguez Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL QUIROS

Firma: Emmanuel Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADB6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Soba - 11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

26

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en vídeo y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: TIFFANY Dadla

Documento: 9000.030396 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: TIFFANY Fecha: 01 / 06 /2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS V

Firma: EMMANUEL Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DIAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Subz-11@n

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

27

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Bryhany Viscaya Z.

Documento: 1025E30025 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sdaz-11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

28

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carlos Medina.

Documento: 892284 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 1/6/2026

Nombre del/la ~~encuestador~~/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 1/6/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Scbz - ilum

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

29

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dana Sanchez.

Documento: 1107093589 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dana Sanchez Fecha: 06/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandoval

Firma: Fecha: 01/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: 5062 - IIAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

30

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nyre Lorena Quintero S.

Documento: 1'117.524.751 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: NyreQuintero Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anyela Suarez

Firma: AnyelaSuarez. Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sabe - Whatsapp

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 01-Junio-2026

LUGAR: SUBA - Casa LGBTI Laura Weinstein - Calle 146C # 92 78

OBSERVACIONES: ENCUESTA ASP - 2pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Nahely Rodriguez.	1233931915		———	———	Sí	Nahely R.
2	Claudia Letrado	52157672		(320)324 24 4456		Sí	Claudia letrado
3	Michael Castellanos	1233895193		316 269 590 5		Sí	Michael castellanos
4	Carolina Rubiano	52397072		———	———	Sí	Carolina Rubiano
5	Myriam Beltran	53164817		3023056089		Sí	
6	Lilibeth Oliveros	21186324		3143189508		Sí	
7	Leidimar Conde	59044443		3115331340		Sí	
8	Jessika Rincon	1004006225		3104089267		Sí	Jessika G.
9	Perla Gongora	1106452043		3160450103		Sí	Perla Gongora
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

31

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nohely

Documento: 1233931415 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nohely Fecha: 1 / 6 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominica Claire

Firma: Fecha: 01/ 06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Nohely.- 2pm.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

32

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia letrado Pareda.

Documento: 252.157672 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Claudia letrado Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez V.

Firma: Amparo Suarez Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Suba - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

33

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carolina Rebano

Documento: 52139934 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ ALVEREZ P.

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sobz - zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

34

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michael costellanos

Documento: 1233895193 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Michael costellanos Fecha: 01/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero Fecha 01/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: SUBZ - Z

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

35

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Miriam Beltran

Documento: 53164817 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 1/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tosses.

Firma: [signature] Fecha: 1/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: SDK

Coordinador de campo

Celular: 3138556110

Correo electrónico: Suba-zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

36

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Widymar Conde

Documento: 5904443 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Widymar Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P.

Firma: EMMANUEL Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sub2 - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

37

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jelibeth Montesos

Documento: 21.186.324 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Clare

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Scba-zp

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

38

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jessika Rincón

Documento: 1004006795 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jessika Gonzón Fecha: 01/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 01 / 05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

39

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Perla

Documento: 1106452043 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Perla Gongora Fecha: 01/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 01/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. Tamblén se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Sdb3 - 3p

Ciudad
Bolivar
#12

4. **Endeudamiento/PIB:** se refiere al endeudamiento de los hogares y el comercio frente el PIB. Analizar en qué nivel está el endeudamiento en el corte de coyuntura en torno al semáforo financiero, que estipula:

   a. Si es < 30% VERDE amplia capacidad e endeudamiento de hogares y comercio
   b. Si > 30 y < 40% AMARILLO alerta, empieza a evidenciar alto nivel de endeudamiento y hay mayor riesgo de cartera

   c. Si > 40% ROJO, el endeudamiento es Alto, se pierde la capacidad de pago y el riego de cartera es alto, lo que implica mayores vencimientos de cartera.

5. **TRM**

   A. Analizar si la tendencia de la tasa es hacia arriba o hacia bajo, que resulta del análisis entre TRM y SET FX.
   B. Determinar si la TRM está creciendo más allá del +/- 3%, respecto al promedio de los últimos 20 dias. ((TRM/PROMEDIO MOVIL)-1)*100 = variación %. Si está creciendo por encima del 3%, se daría una primera señal para una potencial intervención en el mercado por parte del BC para vender USD al mercado, que se confirmaría con la segunda señal. Un pass through alto (>0.499999). AHORA, si la TRM disminuye por debajo del 3% respecto a los últimos 20 días, esto puede aumentar el déficit en la cuenta corriente de la BP, por lo que el BC, debería comprar USD al mercado.

   C. FORWARD de cubrimiento, se aplica si por la intervención del BC en el mercado, esto afectaría las exportaciones o las importaciones. ¿Sobre quién se aplica? ¿Sobre quién se esté viendo afectado? ¿Quién hace esto? El sistema financiero.

6. **DEUDA EXTERNA:**

   EL FMI determina cual es nivel adecuado de Deuda externa:

   A. Si la DET/PIB como participación del PIB es:
      a. < a 30% SEMFORO VERDE, hay gran capacidad de endeudamiento del país
      b. > a 30% y < 40%, AMARILLO, alerta, el país empieza a endeudarse excesivamente y podría en riesgo el pago de la deuda del país, lo que afectara la calificación soberana y los CDS
      c. >40% ROJO, se ha perdido la capacidad de pago, la probabilidad de no pago es muy alta, afecta la calificación soberana y los CDS.

EN VIRTUD DEL ANALISIS DE ESTE SEMAFORO, Corresponde hacer recomendaciones al estado - nación, para disminuir la deuda externa (que políticas).

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 27-Mayo-2026

LUGAR: Ciudad Bolivar - Casa de la Cultura

OBSERVACIONES: Encuesta DSP.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Nery Gonzalez	52242678		3202554852		Si	Nery Gonzalez
2	Sonia Ortiz	47395627		3180419175		Si	Sonia Ortiz
3	Dora maria sanchez	3051523		3136809016		si	Dora M Sánchez
4	Dayanna Beltran	1000937640		3125933153		Si	Dayana B B
5	Mariana Durango	1029142589		3143219160		Si	Mariana Durango
6	Maritza Oviedo	52.092776		3144628470		Si	maritza Oviedo
7	Karol Cifuentes	1012440833		3503525444		Si	Karol Cifuentes
8	Gina Catalina Hernandez	52850833		3102136441		Si	
9	Liliana Maritza Ortiz	1158526 99		3046923442		Si	Liliana Ortiz
10	Laura Camila Suarez	1010058393		3144209409		Si	Laura Suarez
11	Miller Diaz	1023365288		3027616337		Si	
12	Bella Jinx Almario Garcia	1000725267		3193999070		Si	Almario García
13							
14							
15							

12 - ENCUESTAS DSP.

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

C. Bolivar

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Camila Suarez niño

Documento: 1005893 93 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Suarez Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: c. Boliva

C. Bolívar

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Miller Diaz

Documento: 1023652788 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x [signature] Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: c. Bolivar

C. Bolívar

3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Bella Jinx Almario García

Documento: 1000725269 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Almario García M Fecha: 27/ 05/2026

Nombre del/la enquestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C. Bolivar

C. Bolivar

4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karol Cifuentes.

Documento: 1012420833 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karol Cifuentes Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAE

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C.Bolivar

C. Bolívar

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: GINA CAROLINA HERNANDEZ CONTRERAS

Documento: 52850.833 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALANI ARGUELLO

Firma: ALANI Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: c. baltoz

C. Boliva

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sonia Ortiz

Documento: 47395627 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C Bolivar

C. Bolivar

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jiliana Maritza Ortiz Delgado

Documento: 1158052699 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Liliana M Ortiz Fecha: 05/27/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angaluz

Firma: Dimitri Angaluz Fecha: 05/27/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: c.bolivar

C. Bolívar

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: DAYANA BOLIVAR

Documento: 1000937640 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dayana B R Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: Amparo Suarez Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C. Bolivar

C. Bolívar

9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maritza Oviedo

Documento: 52092776 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: maritza oviedo Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C.Bolivar

C. Bolívar

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dora María Sánchez

Documento: 30514523 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dora M Sánchez Fecha: 24/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Davide Aguirre Quintero

Firma: Davide Aguirre Quintero Fecha: 24/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C. Bolívar

C. Bolívar

11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mariana Tarango

Documento: 1029142589 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Mariana Espitia Ariza

Firma: _____ Fecha: 27/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: C. Baluzl

C - Bolívar

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Meiy Gonzalez

Documento: 52'242.678 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Meiy Gonzalez Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS PINZON

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Ciudad Bolivar

Martires

#236

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 26-MAYO-2026

LUGAR: Martires - Centro Integral de Atención al Migrante - CIAM

OBSERVACIONES: ENCUESTA ASP. - SAM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Hanwey Rodriguez Montenegro	79894175		3114401850		Sí	
2	Angie Milena Benavides	1007446050		3213663216		Sí	Angie Peñaloza.
3	Antonella Osuna Rodriguez	1001975437		3022823503		Sí	
4	Valentina Valencia Peña	1004735649		3173935926		Sí	Valentina Valencia P.
5	Leidy Daniela Rodriguez B	1013100522		3015539750		Sí	
6	Verlimar Quevedo	23585655		3107562439		Sí	
7	Lorianys León	33119954		3145403295		Sí	Lorianys León
8	Ana del Carmen Julio	1143224524		3008316029		Sí	Ana Julio
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

MÁS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

9 A.M
martes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Harvey Rodriguez Montenegro

Documento: 79894135 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADSG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzehtives

ZM
Martires

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de Investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angie Milena Benavides

Documento: 1007446050 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angie Delgado Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 26/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: mzarates - 9DM

AH
martes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Arleth Ossa Rodriguez

Documento: 1001975431 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 26/05/2026

3012673503

Nombre del/la encuestador/a: [signature]

Firma: [signature] Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzarizes

MZFlores
9DM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valentina Valencia Pena

Documento: 1004735649 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Valen Valencia V. Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPRENTUR OLIVOS P.

Firma: EMPRENTUR Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mezfirej

martes

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lady Daniela Rodriguez B

Documento: 1013100522 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

martes

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Verlimar.

Documento: 23585655 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

mafiles

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lorianys Melissa León

Documento: 33419954 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lorianys León Fecha: 05/26/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: Dimitri Argelis Fecha: 05/26/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzfires

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana del Carmen Julio

Documento: 1.143.274.524 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Julio Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: Anabela Suarez Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: AJAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mafites.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 26-MAYO-2026

LUGAR: MARTIRES - CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL MIGRANTE - CIAM.

OBSERVACIONES: ENCUESTA DSP - PM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Marieta Anzola	1130	1009	3014058041		SI	
2	Michel Rendon R	1026562990		3108526185		SI	
3	Nelson Sanchez	1072427466		— —	— —	SI	NELSON
4	Kenneth Barandica	1007134752		3027408025		Si	
5	Diana Carthy	1015417849		3023485282		SI	Diana Carthy.
6	Madeleynis Galvan	1065983836		3227923533		SI	MADELEYNIS GALVAN
7	Dan Abigail Garzon Ortiz	1070982455		3502776754		SI	
8	Carmenza Murcia	2880	46853	3503810035		SI	Carmen Murcia
9	Nancy Beltran Urrego	1022927031		3102479795		SI	Nancy Beltrán Urrego
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

martes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yaricta Anzola

Documento: 1130100[illegible] Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yaricta Anzola Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 26/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mcortes.

martires

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michel Londoño Rodriguez

Documento: 1076656090 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romilon Claire

Firma: _____ Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuriles.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nelson Sanchez

Documento: 1072427468 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nelson Fecha: 26/03/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 26/03/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: KEVIN DE BARRIOS

Documento: 1007134752 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 26/05/2026

3027106027

Nombre del/la encuestador/a: SAMUEL CERRO

Firma: _____ Fecha: 05/26/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dana Carthy

Documento: 1015411784 97 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dana Carthy Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ENRIQUE OLIVOS P.

Firma: ENRIQUE Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Madeleynis Galvan

Documento: 1065983836 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MADELEYNIS GALVAN Fecha: 26/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camile Londoño

Firma: _____ Fecha: 26/02/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: JDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: MZ_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dan Abigail Garzón Ortiz

Documento: 1070982455 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angel Sz

Firma: _____ Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carmenza Murcia

Documento: 28846853 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carmenza M. Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nancy Beltrán Urrego

Documento: 1 022 922 021 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nancy Beltrán Fecha: 26/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 26/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 25-Mayo-2026

LUGAR: Martires - Subdirección Local SDIS

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - 11am. 13-E-DSP 2025

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Andrea Herrera	1013592929		3124642697		Sí	Andrea Herrera
2	Erika Rodas	52746202		3014859660		Sí	ERIKA Rodas
3	Jhon Fredy Ahué Cuellar	1122725929		3107716525		Sí	Jhon Fredy Ahué Cuellar
4	Lizeth Silva	1000065554		3206008480		Sí	Lizeth Silva.
5	Sandra Buesaquillo	34.331596		3145058035		Si	Sandra Buesaquillo
6	Nancy Vargas	51.926033		3112702987		Si	NANCY Vargas
7	Araly Rodas	39719645		~~3145~~ (3123635419)		Sí	Araly Rodas
8	Nancy Romero	52635458		3204864031		Sí	Nancy Romero
9	Leidy Gomez	1023920030		3223882100		Sí	Leidy Gomez
10	Laura Bustos	1032467970		3143436045		Sí	Laura Bustos
11	Slandy Liscano	1023905436		3197905475		Sí	
12	Duvan Sebastian Sopelano	1073686352		3159080903		Sí	
13	Dairon Delgado	1000326561		3150840466		Si	
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

martes 11 a.m

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andrea Herrera

Documento: 1013592929 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andrea Herrera Fecha: 25/May/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518420

Correo electrónico: mzuñiga 11@u

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Erika Rodas .

Documento: 52746202 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Erika Rodas Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel .

Firma: [signature] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3128818110

Correo electrónico: anzuetes-11k

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jhon Fredy Ahué Cuellar.

Documento: 1122725424 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: SDDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lizeth silva

Documento: 1000655554 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lizeth Silva Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Lavado

Firma: _____ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3133516110

Correo electrónico: mgutmo -11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: NAVIS VARGAS ES

Documento: 91926033 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: NAVIS VARGAS ES Fecha: 25/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mentires - illa

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Lorena Buesaquillo

Documento: 34331596 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Lorena Buesaquillo Fecha: 25/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Espinosa Mejía

Firma: _____ Fecha 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuñiga@ilam

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dasloi Delgado

Documento: 1000376561 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

Firma: ARAMÌ _____ Fecha: 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires –

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Arary Rodas.

Documento: 39719625 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Arary Rodas Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel.

Firma: [signature] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mesfiw - Wan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cindy Daniela

Documento: 1028420080 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cindy Daniela Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuti101-11@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nancy Romero C.

Documento: 52635458 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nancy Romero Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ QUIROS

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mcatiz@uan.edu.co

11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Laura Bustos

Documento: 1032469-4 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura B Fecha: 25/06/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danate Aguirre Montero

Firma: Danate Aguirre Montero Fecha: 25/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martinez-ivan

12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yandy Lizcano

Documento: 1023902496 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzalves - ilm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Duvan Sebastián Zapata Barrera

Documento: 1023686352 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 03/25/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeluz

Firma: _____ Fecha: 03/25/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 25 Mayo - 2026

LUGAR: Martires - Subdirección Local - SDIS

OBSERVACIONES: Encuesta ASP - 90M.

15 E-ASP

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Fredy Jose Pimiento	7959269		3134458183		Si	
2	Claudia Patricia ACosta	1079035483		3176284065		Si	
3	Jagueline Lozada	66922573		3228565237.		Si	
4	Maria Camila Angulo	1082853088		3178319413		Si	
5	Jagueline Davila	52498990		3229214680		Si	Jagueline Davila
6	Yolima León	67015987		3229117828		Si	Yolima León
7	Maria Alejandra Lemos	52533304		3134988810		Si	
8	Nicol Gómez	1117966206.		3227280832		Si	
9	Ana milena Barrantes	52616821		3021274878		Si	Ana Milena Barrantes
10	Dayanis Pourego	1082869112		3046212506		Si	Dayanis Borrego
11	Yualeska Villavicendo	31851431		3115434713		Si	Yualeska
12	Luz stella Sanchez	42015889		3213828541		Si	Luz Stella
13	Alvis M. Conrado	1082865434		3026721622		Si	Alvis M Conrado
14	clarlbeth Acosta	22608844		3217940220		Si	
15	Maria Urbay	18574726.		3107534215		Si	Maria Urbay

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

martes 9AM

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio.

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Freddy Jose Pimiento

Documento: 7959269 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x Fredy Pimiento Fecha: 25/09/2026

Nombre del/la ~~encuestador/a~~: Yolanda Torres.

Firma: _____ Fecha: 25/09/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuluaga - gmail

Mentives.

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Patricia Costa

Documento: 1079035493 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: BDIX

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuluaga-gaia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Milena Barrantes

Documento: 52616821 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jaqueline Davila

Documento: 52498990 Tipo: ☒ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jaqueline Davila M Fecha: 25/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dorale Aguirre Montero

Firma: Dorale Aguirre Montero Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADPG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martiez - fec

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jacqueline lozada

Documento: 66922573 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires - PDL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Camila Angelo

Documento: 1082858088 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518120

Correo electrónico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Alejandra Lemus

Documento: 52533304 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlon Espinosa Angel

Firma: [signature] Fecha: 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: mzuñiga@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nikol Gomez

Documento: 1117966206 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [redacted] Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yolima León

Documento: 67015987 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yolima L. Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mariluz - 92

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Dayanis Barrera

Documento: 1083869112 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dayanis B. Fecha: 05/27/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelis

Firma: Dimitri Argelis Fecha: 05/27/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martiles - sa

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz stella sanchez OS

Documento: 41201588 9 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz stella sanchez Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARCOE110

Firma: ARAMI Fecha: 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mas tres - 9A0

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yuleska Villavicencio.

Documento: 31.851.431 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yuleska Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Emmanuel Olivos

Firma: Emmanuel Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

Correo electrónico: mantico - 90

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alvis M. Conrado V

Documento: 1082665434 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: × Alvis M Conrado Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claribeth Acosta

Documento: 22608844 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 25/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzarate@[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Maria Urbay

Documento: 1857427[illegible] Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maria Fecha: 25/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yarlen Espitia Angel

Firma: [illegible] Fecha: 25/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires.gb

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21-MAYO-2026

LUGAR: martires - subdirección local SDS

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - ZRM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Jose Fernando Trujillo	19305176		3126108294		Si	
2	Maria salcedo	30335053		3212462063		Si	
3	Yesika Peña	17066585		3133037260		Si	Yesika Peña
4	Franyer Liz	30578295		3011246118		Si	
5	Magnolia Restrepo	43440842		3127766302		Si	
6	Linda lorena Ramirez	1065656306		3209506324		Si	Linda Ramirez
7	Luismery Peña	31193066		3246160342		Si	Luismary
8	Kailyn Maria Castro	29837279		3107761049		Si	
9	Ruth Herrera	24053088		3019516409		Si	
10	Luz Marina Echeverry	41658307		3186245314		Si	
11	Evelin Echeverry	53082206		3124364018		Si	
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: José Leonardo Trujillo

Documento: 1930[illegible] Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires- zp.m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Salcedo

Documento: 30-335 053 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoiler Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 21/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Magnolia Restrepo

Documento: 43440842 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daraha Aguirre Quintero

Firma: Daraha Aguirre Quintero Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luismary Peña

Documento: 31193066 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luismary Fecha: 21/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 21/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Franyer Liz

Documento: 30578295 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: franyer liz orapeza Fecha: 2/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Jenny C. Fecha: 2/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento Informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yesika Peña

Documento: 1706555 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yesika Peña Fecha: 05/21/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelez

Firma: Dimitri Angelez Fecha: 05/21/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires - zp.m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Linda Lorena Ramirez Fernandez

Documento: 1065656306 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Linda Ramirez Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires- zpm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Kailyn María

Documento: 29.837.279 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Kailyn Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuela Suarez Bernal

Firma: Anuela Suarez Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2pm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Kat Herrera

Documento: 1003308 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fecha: 20/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espitia Noriega

Firma: Fecha: 21-05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mendes-Jr

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Marina Echeverry

Documento: 41658307 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Marina Echeverry Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martes - 2pm

11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Evelyn A Echeverry

Documento: 53092706 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 9AM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21-MAYO-2026

LUGAR: MARTIRES - subdirección local SDIS

OBSERVACIONES: ENCUESTA ASP - 11AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Maria Martinez	60332078		3227287507		SÍ	Maria
2	Anyibeth Medina	25747341		3124852453		SÍ	
3	Arbovis Orozco C.	1216976130		3213403277		SÍ	
4	Beatriz E Montoya	52378160		3142840813		SÍ	
5	Sirley Cuellar	1026303578		3212957131		SÍ	Shirley C.
6	Jessica Chaparro	1033763348		3017293432		SÍ	Jessica chaparro.
7	Neris Perez	55228124		3001871368		SÍ	Neris Perez
8	Andrea Silva	47437943		3142049130		SÍ	Andrea Silva
9	Mariana Paredes	28438985		3118431560		SÍ	Mariana Paredes
10	Yohanni Rivas	31421161		3042420417		SÍ	Yohanni Rivas
11	Andreina Campos	29650741		3008275307		SÍ	Andreina C
12	Mª Sandra Vasquez	51703133				SÍ	Sandra Vasquez
13	Nikoll Madrid	1093796		3016942613		SÍ	Nikoll Madrid
14	Lorena Vasquez	39751325		3224239723		SÍ	
15	Alejandra Arevalo	29527380		3023619979		SÍ	

15 E- ASP. 12's

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Martes
11AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: MARÍA MARTÍNEZ

Documento: 60332078 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MARTÍNEZ. Fecha: 28/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Arregoces

Firma: Dimitri Arregoces Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: matites-11@...

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Anybeth Medina

Documento: 1257467349 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires - 1 @ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Arnovis Orozco Camacho.

Documento: 1216976130 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzhfires-11@m

4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sirley Cuellar.

Documento: 1026305578 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Shirley C. Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mcortes-ham

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Beatriz Eugenia Montoya Orrego

Documento: 52.378.160 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzutiles - 11 zm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: NERIS PEREZ

Documento: CC 55218124 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: NERIS PEREZ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Halen Espitia Pacheco

Firma: _____ Fecha: 21/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzentes-11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jessica Chaparro

Documento: 1033763348 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-11@m

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andrea Silva

Documento: 47.437.943 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andrea Silva Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoleth Espitia MSP.

Firma: _____ Fecha: 2/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzfires - 11am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andreina Campos

Documento: 29650741 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel

Firma: [signature] Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

Correo electrónico: martires-11@m

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yohanni Rivas

Documento: 31921161 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yohanni Rivas. Fecha: 05/21/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Dimi Lalet Fecha: 05/21/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ΔDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martites - 11dm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nivea Pinder

Documento: 78438885 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nivea P. Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires - 11am

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alejandra Arevalo

Documento: 29.527.380 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: [signature] Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martites-11@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mª Sandra Vásquez M.

Documento: 51703133 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal.

Firma: [signature] Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-11@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lorena Vasquez

Documento: 39175135 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 11AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nikoll Madrid

Documento: 1093779 6 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nicol Madrid Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzafires - 11@m

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21-Mayo-2026

LUGAR: Martires - Subdirección local SDS

OBSERVACIONES: Encuesta DSP- 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Carmen Perez	9729	92	3004188324		SÍ	Carmen Perez.
2	Leonor Moreno	41663812		3203511158		SÍ	Leonor Moreno
3	maria del Pilar Bello	60314786		3223888188		SÍ	
4	Yaneth Castillo R	37340666		3124141161		SÍ	
5	Ampara Hoyos	51562314		3157973069		SÍ	Ampara Hoyos
6	Liz Evelin Giraldo H.	1000930272		3115935441		SÍ	Liz Giraldo
7	Cinthia Rengel	5640594		3508763658		SÍ	
8	Rossana Gonzalez	6128013.		3202513655		SÍ	
9	Nidia Arango	66724763		3145921136		SÍ	Nidia Arango. G.
10	Claudia Patricia Carreño	1049621884		———		SÍ	Patricia
11	almiris Ballesteros	1118804287		3227966861		SÍ	
12	Ana Sady Guzman	31892564		3134077067		SÍ	Ana Sady Guzman
13	Marisol Restrepo	43827498		3176586374		SÍ	Marisol Restrepo R
14	adriana Zapata	51845343		3223537468		SÍ	Adriana Zapata
15	Angie Tatiana Saenz	41938971		3042039936		SÍ	Angie Tatiana S.

15 - E - ASP - Stps

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Martires
21-mzo/26

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Sady Guzman

Documento: 31992569 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Sady Guzman Fecha: 21/11/2026

Nombre del/la encuestador/a: ADAN ARGUELLO

Firma: ADAN Fecha: 21/11/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires 984

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

2

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cinthia Rangel

Documento: 36405944 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21 / 05 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelez

Firma: _____ Fecha: 05/ 21/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuloes 9@

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

3

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: [illegible]

Documento: [illegible] Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 27/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 27/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mazfizo [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carmen Sierra

Documento: 97292 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21 /05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mauricio 9a

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

5

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Janeth Castillo Ramirez

Documento: 37340666 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Janeth Castillo Ramirez Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuluaga@...

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

6

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Amparo Hoyos

Documento: 51562314 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Amparo Hoyos Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Donato Aguirre Quintero

Firma: Donato Aguirre Q Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuñiga - gda

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

7

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leonor Moreno Gp.

Documento: 41663812 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Leonor Moreno Gp Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: __/__/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martinez - gdc

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

8

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rosaura Gozalez

Documento: 6178013 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Rosaura Gozalez Fecha: 21/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-90~

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

9

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lis Evelin Giraldo Hernandez

Documento: 1000930272 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lis Giraldo Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Segovia Perez

Firma: Anabela Segovia Fecha: 21 / 05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADSG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mauricio - Tam

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

10

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nidia Arango Gutierrez

Documento: 66724763 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nidia Arang G. Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Mejía

Firma: _____ Fecha: 21/5/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-sas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

11

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Patricia Carreño

Documento: 1049621884 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Patricia Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Pinto

Firma: Daniela Aguirre P. Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mauthes - gsm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

12

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alminis Ballesteros

Documento: 1'118804287 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alminis Ballesteros Fecha: 21/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: matias - 90

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

13

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Adriana Zapata

Documento: 51845343 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana Zapata Fecha: 21/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAN ARGUELLO

Firma: ALAN Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires - gdm

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

14

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Manuel Restrepo P.

Documento: 1438724[illegible] Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Manuel Restrepo Fecha: 21/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yhelen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 21/05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

15

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ANGIE Tatiana Soler3

Documento: 41.938979 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ANGIE Tatiana Fecha: 21 / 05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dayra Aguirre Rondero

Firma: Dayra Aguirre Rondero Fecha: 21 / 05/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ADAB

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzfires - 9dm