AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20-mayo-2026

LUGAR: martires - cidm

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - 2pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Humberto mendoza	1348426		3115102615		si	Humberto Mendoza Sepulveda
2	Katherin Ramirez	1012407407		3229008311		si	Katherin R.
3	Yilmer Yulian Mosquera	1004053023		3147030338		sc	Yilmer Yulian M.
4	Jannette Florez	48750711		3223536516		sc	
5	Anhel Riuera Moreno	1000514472		3247373983		sc	
6	Ivonne Dayana Nisperuza	1069464193		3153120796		sc	
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: Humberto Mendoza

Documento: 1348476 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: * Humberto Mendo Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 20/05/2026

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: martires - 11am - 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: katherin ramirez

Documento: 1012907407 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: katerin R. Fecha: 20/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 20/5/2026

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: Martes - 11Am - 2pm

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: Milmer Yulian Mosquera Murillo

Documento: 1004053023 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yilmer Yulian Fecha: 05/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angeles

Firma: Fecha: 05/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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 - 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: Janelle Flores

Documento: 1875071 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre O.

Firma: Daniela Aguirre O Fecha: 20/05/2026

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: mzflores - 11am - 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: Anhell Rivera Moreno

Documento: 1002544472 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 20/05/2026

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: ADG

Coordinador de campo

Celular: 3138818110

Correo electrónico: mafitre) - 11DM - 2pm

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: Ivonne Dayana Nisperuza

Documento: 1069964195 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelz

Firma: _____ Fecha: 05/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Martes - 11am - 2pm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20 - Mayo - 2026

LUGAR: MZHTIES - CIAM.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP- 11 AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Sara Camila Velazquez	1000460872		3134850796		Si	Sara Velasquez.
2	Thaliana Martinez	1006784706		3117018398		Si	
3	Isabela Chavez	1121219343.		3028126922		Si	Isabela Chavez
4	Leidy Paez	1006008 73		3118892631		Si	Leidy Paez
5	sharay amaris Diaz	1122267184.		3104297889		Si	
6	Angelina del Aguila Cuello	1122269429		3223097962		Si	
7	Remid Martinez Mendoza	7383014.		3236991308		Si	
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

7 encuestas 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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Camila Velásquez

Documento: 1000460872 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sara Velasquez Fecha: 05/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Dimitri Argelez Fecha: 05/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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-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: Leidy Paez.

Documento: 1006006875 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: x Leidy Paez Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Fecha: 20/05/2026

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: AJDAG

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: Thaliana martinez

Documento: 1006784706 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 20/05/2026

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: martines-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: Shevey Amaya Diaz

Documento: 1122267084 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 20/05/2026

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: 31385181 10

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: Remid Martinez Mendoza

Documento: 7383074 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Remid Martinez Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 20/05/2026

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: mzfires-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: Isabela Chavez

Documento: 1121219343 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 20/05/2026

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 - 11AM

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: Angelina del Aguila Coello

Documento: 1122694124 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ADAC Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 20/05/2026

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: Martes - 11pm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20-Mayo-2026

LUGAR: Martires - CIAM

OBSERVACIONES: Encuesta - DSP - 9AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Wendy Lopez	1083558144		3228486824		Si	Wendy Lop
2	Debora Suarez	111771644		3208668660		Si	Debora
3	Sandra Rosas	1030601536		3118712783		Si	Sandra Rosas
4	Katalella Marquez	27069765		3212397666		Si	
5	Juan Pablo Vargas	54157 12		3124051110		Si	
6	Mireya Garcia	52022715		3133227628		Si	Mireya Garcia
7	Alejandra Pacheco	1054284337		3223070199		Si	Alejandra Pacheco
8	Maryluz Prada	38796648		3207374487		Si	Mari
9	Juliana Candelo	1131443801		3134625720		Si	Juliana
10	Luz Dary Paez	35418975		3146879064		Si	Luz Dary Paez
11	Viviana Virguez	21136189		3009314205		Si	Viviana Virguez
12	Carolain Portas	1032427913.		3219326840		Si	
13	Yuliana Diaz	1064199044		3202424038		Si	Yuliana D.
14	Katherine Lorena Pastor	1023010339		3157202982		Si	Katherin Pastor
15	K						

14 E - DSP

+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 haeer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Pablo Vargas

Documento: 5415712 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X. Juan Pablo Vargas Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: Yolanda T. Fecha: 20/05/2026

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 - 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: Wendy Lopez

Documento: 1083558144 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Wendy Lopez Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilla Landaire

Firma: [signature] Fecha: 20/05/2026

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: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires - 9SM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 mavely rosas

Documento: 1030607536 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra rosas Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Maiten Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 30/5/2026

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: ΔDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martes 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: Deborah Silvana Nuñez

Documento: 1111771644 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Tatiana Cerón

Firma: [signature] Fecha: 20/05/2026

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: 3138518100

Correo electrónico: Martires - 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: Natalella Marquez

Documento: 27069265 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☑ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre O.

Firma: Daniela Aguirre O. Fecha: 20/05/2026

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 - 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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mireya García

Documento: 52023715 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTE

Firma: ARAMI Fecha: 20/05/2026

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: ADSC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires-9SM

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: Katterin Lorena Pastor

Documento: 1023016339 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lorena Pastor Fecha: 05/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelor

Firma: [signature] Fecha: 05/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Martires - 9SH

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Pacheco

Documento: 1054284337 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra Pacheco Fecha: 20/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: camila londoño

Firma: _____ Fecha: 20/02/2026

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: Martires - 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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mariaz Prado

Documento: 38796648 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mavi Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 20/05/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juliana Candelo

Documento: 1151443801 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Juliana Candelo Fecha: 20/05/2026

CEL: 3134625720

Nombre ~~del~~/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 20/05/2026

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 - 9AM

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: Luz Dary Paez

Documento: 35418975 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Dary Paez Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Jenny Fecha: 20/05/2026

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-9@M

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: Biviana Vargas

Documento: 21136189 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Biviana Vargas Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Bonnick Claire

Firma: _____ Fecha: 20/05/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Perez

Documento: 1032423813 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 20/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Helen Espitia Amaya

Firma: [signature] Fecha: 20/5/2026

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 - 9AH

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Meen Yuliana Diaz

Documento: 1069799094 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yuliana D. Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 20/04/2026

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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martires - 9AM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 19-Mayo-2026

LUGAR: Martires - Subdireccion Local SDIS.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP - 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Anabel Melisa Marquez	1047455427		3105060215		Sí	
2	Marcela Rodriguez	8749225	4.	3228305838		Sí	
3	Vichy Mona	52139	66	3187161725.		Sí	
4	Nicoll Suarez	1022332856		3129729771		Sí	Nicol Suarez.
5	Sandy Rivera	1026562063		3105686392		Sí	Sandy Rivera
6	Amelia Romero	52119834.		3143111942		Sí	Amelia Romero O.
7	Daniela Molina	31710048.		3113501962		Sí.	
8	Dora Cristancho	51949808		3228807030		Sí	Dora Cristancho
9	Fabiola Ramirez	52596400		3118283184		Sí	Fabiola Miranda
10	Alejandra Salazar	1028881787.		3242696345		Sí	Alejandra Salazar
11	Neris Montoya	5982092		3160806909		Sí	
12	Patricia Galindo	52375664.		3213928891		Sí	Patricia Galindo
13	Diana Patricia arboleda	43841574		3132180844		Sí	Diana P Arboleda C
14	Leyla Martinez	51729467		3152405271		Sí	Leila Martinez
15	Luz Nely Fonseca	52000049		3163239893.		Sí	Luz Nelly Fonseca

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Anabel Melisa Marquez

Documento: 1087455427 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: MARIGN ESPITIA PAEZ

Firma: _____ Fecha: 19/5/2026

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 - PDM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marcela Rodriguez

Documento: 87407254 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: Martes - 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: Vicky mora

Documento: 521966 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez

Firma: [signature] Fecha: 19/05/2026

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: ΔΔΔ6

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: Amelia Romero Orjuela

Documento: 52119834 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Amelia Romero O. Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: [signature] Fecha: 19/05/2026

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: martires - 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: Nexis Montoya

Documento: 59.82.092 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yeden Espitia Ruiz

Firma: _____ Fecha: 19/5/2026

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: ADA

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: Patricia Galindo

Documento: 52375664 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: PatriciaGalindo Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: martire - YBM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 CRISTANCHO P.

Documento: 51949808 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: DORA CRISTANCHO P. Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARCOS LID

Firma: ARAMÌ Fecha: 19/05/2026

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: Mayfire) -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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nicoll Suarez

Documento: 1027332856 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X - Nicoll Suarez Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 19/05/2026

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: DDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mayfies - 924

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Saudy Rivera

Documento: 1026562063 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Saudy Rivera Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 19/05/2026

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: Alejandra Salazar

Documento: 1028817887 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 19/05/2026

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Molina

Documento: 31710048 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: martiku - 7DM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fabiola Ramirez

Documento: 57596400 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fabiola Miranda Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: martinez-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: Diana Pabilla Arboleda Cano

Documento: 43041574 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana P A Cano Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yulian Esteban Angel

Firma: _____ Fecha: 19/5/2026

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: NDDO6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mcarriles - 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: Laila Martinez

Documento: 51729467 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laila Martinez Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandra

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: NDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-9b4

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Nely Fonseca

Documento: 52009041 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Nely Fonseca Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camile Lovera

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: martinez - ADM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 19-Mayo-2026

LUGAR: Maitines - Subdirección Local SDIS.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP- 11DM.

15-E-DSP

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Paola Lugo	6009879		3222235495		Sí	Paola lugo
2	Daniela Hernandez	28330237		3202811564		Sí	
3	Violetta Gutierres	1131108080		3018373121		Sí	
4	Britteny Selome Bojas	1115740017		3202867363		Sí	
5	Jasbleidy	1026601338		3244130668		Sí	
6	Michelle Weky	21323088		3238207217		Sí	
7	Lizeth Nauzano	1121706488		3133568545		Sí	Nauzano
8	MELCY - (cenla)	32502336		3012064031		Sí	Melcy.
9	Alejandra Rebillz	29744027		3223259867		Sí	Alejandra.P
10	Debora Hernandez	28036615		3204903161		Sí	Debora
11	Natalia Ramirez	1118886785		3143222691		Sí	
12	Tatiana Jimenez	88258199		———		Sí	
13	Vanessa Vargas	1102863102		3103092698		Sí	Vanessa v.
14	Nateli Lizeth Benevides	1026551936		3212442386		Sí	
15	Julieth Barcenas	24698574 (P)		3103095970		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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Lugo

Documento: 6009879 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: Paola Lugo Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 19/5/2026

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 - 11 am

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Hernandez

Documento: 28330233 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniela Hernandez Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: ADDE

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 11 am

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Violeta Gutierrez

Documento: 1131102080 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Ardila

Firma: Daniela Aguirre A Fecha: 19/05/2026

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-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: Britany Salome rojas.

Documento: [redacted] 1115740017 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Bathany Rojas Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabelu Suarez Bernal

Firma: Ana Suarez Fecha: 19/05/2026

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: 3139518110

Correo electrónico: martinez-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: Jasbleidy

Documento: 1026601338 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: 3138418110

Correo electrónico: martes - 11 AM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michelle wehy

Documento: 21.323.088 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romanck Claire

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: mzfires - 11 DM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Navarro

Documento: 1122706468 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lizeth Navarro Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Cordero

Firma: Fecha: 19/05/2026

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: Mafites-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: Deborah Hernandez

Documento: 28036615 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia A

Firma: Deborah Fecha: 19/5/2026

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: [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: Alejandra Padilla

Documento: 29794029 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X Alejandra Padilla Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 19/05/2026

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: 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: [illegible]

Documento: 1118867485 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre O.

Firma: [illegible] Fecha: 19/05/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yuly

Documento: 32502336 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yuly Fecha: 19/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandra

Firma: Fecha: 19/02/2026

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: ADA6

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: tatiana Jimenez

Documento: 68258199 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: Vanes Vargas

Documento: 1102863102 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Vanessa V. Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 19/05/2026

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@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: Natali Lizeth Benavides Delgado

Documento: 1026551936 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/03/2026

Nombre del/~~la~~ encuestador/a: Marlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 19/5/2026

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: ΔΔΔ6

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: Julieth Barceñas

Documento: 24698574 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: ADBG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Martes - 11 AM

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 19 mayo - 2026

LUGAR: Martires - subdirección local sdis.

OBSERVACIONES: Encuesta ASP. - 2 P.M.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Sabrina Fonseca	1124575680		3161885352		Si	
2	Martha Sanchez	11384282		3168493692		Si	
3	Katiz Michell	1082250421		3136465262		Si	
4	Katherine Zambrano	1032443662		3219217352		Si	
5	Melody Alejandrina	1000472891		3025225094		Si	
6	Samantha Mora	88252582		3203490866		Si	
7	Madhe leonor Reyes	63328596		3125455108		Si	
8	Cristina Galeano	14713757		3227910145		Si	
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: Sabrina Fonseca

Documento: 1124575690 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: NDA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martines-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: Marta Sanchez

Documento: 1884282 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 19/03/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 19/03/2026

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: 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: Katia michell

Documento: 1.082.250.408 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Katia Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGOTELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 19/05/2026

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 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: Martha Leonor Reyes

Documento 63376586 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danek Aguirre P.

Firma: [signature] Fecha: 19/05/2026

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: Katherine Zambrano

Documento: 1032443662 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: 1032443662 Fecha: 9/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoden Espitia Mejía

Firma: [signature] Fecha: 14/5/2026

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: martin@...

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Melody Alejandra

Documento: 1000477891 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: 3057775824 Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 19/05/2026

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: DDBC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires-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: Yamontra MORA

Documento: 88252582 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 17/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sancha

Firma: _____ 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: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martino-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: CRISTINA Galeano

Documento: 14.70757 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cristina Galeano Fecha: 19/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 19/05/2026

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: 3138519110

Correo electrónico: mzafra@ep

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo - 13 - 2026

LUGAR: MARTIRES - CAM - 9A.M.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Andrea Yasa	52.966 229		- 3106253091		Sí	andrea yasa
2	Alba Mery Arrollo	1107072269		- 3170176808		Sí	MERY A.
3	Mary O.	53124760		- 3188650375		Sí	Mary O.
4	Laura Rodriguez	1112619880		- 3206696608		Sí	Laura Rodriguez
5	Andrea Osorio	1026560937		- 3013413955		Sí	
6	ana Elisa Sarmiento	52752292		———		Sí	ana Elisa
7	Michell Andrea Julio Orozco	1143239616		- 3002414810		Sí	Michell Julio O
8	Leidy Michelle Romero	1024496599		3227187889		Sí	Michell Romero.
9	Diana Hernandez	1192922213		- 3229288809		Sí	diana hernández
10	Diana Lucia Romero	52540097.		- 3107509731		Sí	diana romero
11	Cristal Anastacia	24738107.		- 3219336727		Sí	
12	Yury Martinez	88284417		3123075806		Sí	.YURY. MARTINEZ
13	Karol Romero	1012917578		3132117050		Sí	
14	Nazia Herlinda Venegas	41682544		- 3207986149		Sí	
15	Dna Gloria Gamboa	31388875		- 3053275596		Sí	ANA GAMBOA

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

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

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mary O.

Documento: 53112476 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mary O. Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Salomé Mu Gonna

Firma: Salomé Fecha: 13/05/2026

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: SDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518/10

Correo electrónico: martinej

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Yaba

Documento: 52966729 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andrea Yaba Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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: matives.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Mary Arrollo

Documento: 1102672269 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alba Mary Arrollo Fecha: 13 / 05 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 13 / 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: Mattires

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Rodriguez

Documento: 1112619880 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura Rodriguez Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: Amparo Suarez Fecha: 13/5/2026

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: 3135518110

Correo electrónico: mzathiel

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Osorio

Documento: 1026569037 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michell andrea Julio obozco

Documento: 1143232616 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Michell Julio O Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGOELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 13/5/2026

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: ΔDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzorres - 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: Ana Elisa Saavedra

Documento: 52752792 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: [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: Diana Hernández

Documento: 1192922213 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: diana hernández Fecha: 05/13/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelz

Firma: Dimi Lelat Fecha: 05/13/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: mathies - 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: Leidy Michelle Romero

Documento: 1024 49 6599 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Michell Romero. Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: DDLC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: MBattle - 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

49

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Lucia Romero

Documento: 52546097 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Romero Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: JDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires - jon

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cristal Anastacia

Documento: 2473807 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martin@ - 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

51

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yury Martinez.

Documento: 88284419 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yury Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 8/05/2026

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: ADA6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martires – 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

53

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Romero

Documento: 1012917578 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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: mafines – 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

54

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Yolinda Vanegas

Documento: 41682549 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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: ΔDΔG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mathies - 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

55

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 gloria gamboa

Documento: 31388875 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Gamboa Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille londoño

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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-11@M

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo - 13 - 2026

LUGAR: Matires - CIAM - 11 A.M.

OBSERVACIONES: Encuesta ASP.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Carolina del Pilar Beltran	52102832	-	3115504334		Si	Carolina Beltran
2	Mireya Perez	6784561	—	3133106380		Sí	Mireya Perez
3	Brithanny Castaño	1763/177	-	3015282696		Si	
4	Rosa Perez	1033786733	-	3106/15406		Si	Rosa Perez.
5	Jhoeinis Quintero	1065646193	-	3009761659		Sí	Jhoeinis Q.
6	Edilsa Rincon	30200636	-	3203605523		Si	Edilsa Rincon
7	Seral Marquez Peña	N/S. *	-	3114412064		Si	Seral Marquez Peña
8	Jessica Jimenez	1067980918	-	3115546284		Si	
9	Isabella Garcia	29.645780	-	3001844515		Sí	Isa Garcia
10	Diana Milena Corredor	1026267209	-	3219466231		Si	DIANA CR
11	Nidia Carmenza	1024515973	-	3219642615		Si	Nidia R
12	María Nayibe Roman	1054551177	-	3006913957		Si	M Nayibe R.
13	Ginna Paola Farfan	52237903		3203691527		Si	GinnaPaolaF.
14	Pedro Agustin Diaz U.	91076639		3184297941		Si	
15	Patricia Rodriguez	1071444321		3143827859		Si	

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

56

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 del pilar Beltrán

Documento: 52101832 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: ___/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 13/05/2026

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

57

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mireya Pérez

Documento: 63491561 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mireya Pérez Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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 - 11 am

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

58

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Brithanny Castaño

Documento: 1763177 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: martiesj11@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: JHOEINER QUINTERO

Documento: 1062646193 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: JHOEINER Q. Fecha: 13/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 13/5/2026

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: 3139518110

Correo electrónico: Mbotines-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

60

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sarai Marquez Peña.

Documento: N/S Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sarai Marquez Peña Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: [illegible]

Sin ID. *

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

61

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Jimenez

Documento: 1067180918 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yessica Jimenez Vega Fecha: 05/13/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelot

Firma: Dimitri Angelot Fecha: 05/13/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Martires - 11 am

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

62

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Raza Perea

Documento: 1033786933 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Raza perea. Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: DDD6

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

63

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Edixa Rincon

Documento: 30200636 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Edixa Rincon Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 13/05/2026

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

64

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Isabella García

Documento: 29.645.780 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Isa García Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandoval

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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-112m

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

65

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Carmenza D

Documento: 1024575993 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nidia D. Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: 313 851 8110

Correo electrónico: Martires - 11 am

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

66

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Milena Corredor Rozo

Documento: 1026267209 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: DIANA. CR Fecha: 13/11/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 13/5/2026

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-11zm

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

67

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Román

Documento: 1054551177 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: HA naylbe Román Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: 31385181 10

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

68

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ginna Paola Farfan C.

Documento: 52237903 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ginna Paola Farfan Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARANI ARGUELLO

Firma: ARANI Fecha: 13/5/2026

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: 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

69

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Pedro Divino

Documento: 9107663 4 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Pedro Div Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la enquestador/a: Dominch Claire

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: BDBG

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

70

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Rodriguez

Documento: 1071 [illegible] 524 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 13 / 5 /2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: 51947729 Fecha: 13/5/2026

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: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2 pm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo - 13 - 2026

LUGAR: Martires - CIDM - 2P.M.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Francy Galindo	52743941.		3214974849		Sc	
2	Natalia Ramirez O	1118539272		3012171371		Si	NaTalia Ramirez
3	~~Maria Otarde~~	52204444		—	—	—	XXXXX
4	Milagros Ferrer Diaz	1082973803		3180552287		Sc	
5	Ana Maria Castellanos	1000384731		3504417897		Si	Ana MARIA C
6	Daniela Lopez	1085272771		3151622247		Si	DanielLopez
7	Maritza Sandoval	63490914		3183229956		Si	
8	Maria Padilla Fernandez	1065656309		3147229204		Si	
9	Violeta	1015466998		3245395093		Sc	
10	Kelis Patricia Devers Chica	1082879791.		3178319406		Sc	Kelis Devers Chica
11	Janeth del carmen Acevedo	52799602		3125825034		Sc	Janeth Acevedo Ore
12	Jeniferstthela Pacheco	1082979631		3224497680		Sc	Jhenifer
13	Maria Castillo	57463822		3142186480		Sc	MARIA CASTILLO
14	Leidi medina	1048274860		3209746169		Sc	Leidi medina
15	Barbara barby	1131535l		3219769445		Si	Barbara barby
	Angely Osorio	29.505152		3127738376		Si	Angely Osorio

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

71

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Galindo

Documento: 52.745.941 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: Mañanas - 2 p.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. 72

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ramirez O.

Documento: 1118539272 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Natalia Ramirez Fecha: 13/03/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 13/03/2026

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: SDDS

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. 73

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mavia alarte

Documento: 52.204.444 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mavia alarte Fecha: 13/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoleu espeja Angel

Firma: [signature] Fecha: 13/5/2026

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.

74

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Padilla Fernandez

Documento: 1065656309 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 13/06/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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.

75

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Sandoval

Documento: 63490944 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MARITZA S Fecha: 05/13/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angeluz

Firma: Dimitri Angeluz Fecha: 05/13/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: 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.

76

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Violeta

Documento: 1015466998 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

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

Firma: AnapolaSuarez Fecha: 13/05/2026

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-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. 77

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Milagros Ferrer Pcas

Documento: 1082973803 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel.

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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: ADD6

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.

79

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 María Castellanos

Documento: 1000584731 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana María C. Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 13/05/2026

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: DDD6

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. 80

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 LOPEZ (CARLOS DANIEL LOPEZ)

Documento: 1085272771 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: DanielLopez Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [signature]

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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: 31385181 10

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. 81

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: KELLY PATRICIA DEVANS CHICA

Documento: 1082879.741 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoiler Espitia Ariza

Firma: _____ Fecha: 13/5/2026

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: 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. 84

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jaritth del Carmen Acevedo Ruiz

Documento: 52199602 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jaritth del Carmen R. E. Fecha: 13/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 13/5/2026

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: martes 2 pm

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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población. 82

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jenife Sheila Cardenas Padueco

Documento: 1082979631 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jenifer Fecha: 05/13/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelot

Firma: Dimi Argelot Fecha: 05/13/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: martines - 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. 83

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 CASTILLO

Documento: 57.463.822 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MARIA CASTILLO Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 13/05/2026

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: MZFIRES - 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. 82

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leidi medina

Documento: 1048274866 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Leidi medina Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amabola Suarez Bernal

Firma: Amabola Suarez Fecha: 13/05/2026

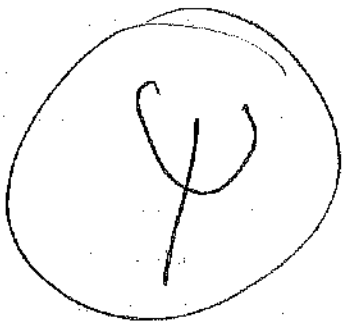
Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

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. 82

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Barbara Barby

Documento: 113535... Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 13/05/2026

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 - 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. 82

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ANGELY OSORIO

Documento: 29.805.152 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angely Osorio Fecha: 13/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Garcia

Firma: Samantha Fecha: 13/05/2026

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: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: martes - 2pm

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 12-Mayo-2026

LUGAR: Martires - CIAM.

OBSERVACIONES: Encuesta DSP. - 2p.m.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Deyanira Aluis	52.909.131		3223739189		Si	
2	andrea Rodriguez	50.13397		3143659502		si	
3	Adriana Paola Trillos	1093772334.		3175898159		Si	Adriana
4	Ana yepez sanchez	1047364941		3123140107		Si	R.P.
5	Alejandra Mendoza	1043654945		3023611662		Si	
6	Yury Viviana Galindo	1010170896		-3143792160		Si	
7	Margarita Gonzalez	1111739727.		3209342324		Si	Margarita G.
8	Sandra Vargas	52153205		- 3166196446		Si	
9	Rocio Garcia	51961246		- 3229080402		Si	Rocio Garcia
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: Deyaniro Alvis

Documento: 52909130 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Deyaniro Alvis Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 12/05/2026

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.

Mayores

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 rodriguez

Documento: 1013390 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Paola Trillos

Documento: 1093772334 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: Fecha: 12/05/2026

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: ADOG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzuñiga

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: Ana Yefes Sanchez

Documento: 1047364941 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Yefes Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ENRIQUE OLIVEROS PINZON

Firma: [signature] Fecha: 12/05/2026

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: 3135518110

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: Alexandra Mendoza

Documento: 1043654445 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12.08/___/2026

Nombre del/la encuestador/a: Valery Sanchez

Firma: _____ Fecha: 2/12/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Angela Suarez Bernal

Firma: [illegible] Fecha: 12/05/2026

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: LDAG

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: Margarita Gonzales

Documento: 111739727 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Margarita Gonzales Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominch Claire

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: mzitnes

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Vargas.

Documento: 52153205 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra P. Vargas Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Toro.

Firma: Yolanda Toro. Fecha: 12/05/2026

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: Rocio García

Documento: 51961216 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rocio García Fecha: 05/12/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dmitri Argeloz

Firma: Dmitri Argeloz Fecha: 05/12/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: mzirtides

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 12-Mayo-2026

LUGAR: Martires - CIDM

OBSERVACIONES: Encuesta DSP. - IIDM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Marilyn Pineda	1022954428		3227673470		Si	
2	Mariangel Gabriela Cortes	33.175.130		3118035426		Si	
3	Elizabeth Infante	21.298349		3108119726		Sí	Einfante
4	Leidys	25730342		No desea informar		Si	Leidis
5	Virginia rivero.	28.578985		3208607820-3107500739		Sí	
6	Stéfanny Cáceres	1030625x28.		3008478217		Sí	Stefanny Caceres
7	Denisse Quiñones	1022944643		3187407688		Sí	VictoriaQuiñones
8	Allison Guzman	1022929003		3009576318		Sí	Alisonguzman.
9	Carola K. Guaneme	1012449893		- 3042042268		Si	Carola Bocar
10	Coromoto Rodriguez	15884650		- 3224506497		Sí	
11	Yineth Renteria	1059985501		-3245619796		Sí	
12	Alejandra Garcia	1146534441		- 3243550443		Si	Alejandra Garcia
13	Tatiana tocancipa	1019115897		3212279801		Sí	Tatiana
14	Maila Caicedo Blascos	1193335331		-3225339783		Sí	
15	Gabriela Vargas	26548495		3173851307		Sí	Gabriela.

+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: Marilyn Pineda

Documento: 1022959428 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 05/12/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argueta

Firma: [signature] Fecha: 05/12/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

Motivos

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mariangel Gabriela cortez

Documento: 33.775.130 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mariangel C. Fecha: 12/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALANI ALGOEIIO

Firma: ALANI Fecha: 12/5/2026

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: DDDG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

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: Elizabeth Infante

Documento: 21.298.349 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Infante Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daraba Aguirre Montero

Firma: Daraba Aguirre M. Fecha: 12/05/2026

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: DDDG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Motives

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

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

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leidys

Documento: 25730342 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Leidys Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amurda Suarez Bernal

Firma: Amurda Suarez Fecha: 12/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Virginia Rivero

Documento: 28.578.985 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marien Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 12/5/2026

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: _____

21

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: Estefani Cáceres

Documento: 1030625428 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Stefany Cáceres Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 12/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Mentines.

Martires

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: DENNIS JOSE QUIÑONES

Documento: 1022944813 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 guzman.

Documento: 1022979003 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alison guzman Fecha: May/12/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Coromoto Rodriguez

Documento: 15884650 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 2/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vic Ky Sanchez

Firma: _____ 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: DDDE

Coordinador de campo

Celular: 3138515110

Correo electrónico: 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: Vinetta Renteria

Documento: 1089985807 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

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: Carolay Katherin Coronel

Documento: 1017449893 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carolay Coronel Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Jenny Coronel Fecha: 12/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 García

Documento: 1146539441 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra García Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 12/05/2026

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: DDDE

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

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: Tatiana Toccancipa

Documento: 1019115897 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Tatiana Toccancipa Fecha: 05/12/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: [signature] Fecha: 05/12/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: [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: Claudia Cancedo Blascos

Documento: 1193333333 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Angela Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: 3138513110

Correo electrónico: _____

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: Gabriela Vargas.

Documento: 26548495 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Gabriela Fecha: 12/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 12/5/2026

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: _____

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 12-MAYO-2026

LUGAR: MARTIRES - CIDM

OBSERVACIONES: ENCUESTA DSP - 9DM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Angie Sofia Gomez	1113672775		3204971982		Si	
2	Jhon William Gomez	1010186235		3209664835		Si	
3	Karol Suaza	1013112988		3223734641		Si	Karol Suaza
4	Carmen Rangel B	39274927		3133969121		Si	
5	Miguel Angel Russian Santelli	6721314		3186135080		Si	
6	Juanita Montaña	1015448031		3007608878		Si	
7	Xiomara Orjuela Castro	1024597125		3224353276		Si	Xiomara Orjuela
8	Febiola Peñuela	19376920		3228716111		Si	Febiola Peñuela
9	Blaimir Barbosa Herin	1012333134		3001316863		Si	
10	Salem Fejardo Pinilla	1000145752		3503552235		Si	R.Paj
11	Leonix Davila	1013687942		3213668576		Si	NEGRO
12	Keuh Londoño	1016713781		3227726868		Si	
13	Delcy Barbosa Hernandez	55176332		3118497698		Si	Delcy Barbosa H.
14	Marina Forero B	1070585639		3503780510		Si	Marina Forero
15	Violeta Dias	52326487		3177321772		Si	Violeta Dias

+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: Angie Sofhia Gomez

Documento: 1113672775 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: _____

Martes

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: John William Gomez

Documento: 10 10 186 25 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: John W Gomez Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres.

Firma: Yolanda T. Fecha: 12/05/2026

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: contacto.matices

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: Karol Sosa

Documento: 1013117888 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karol Sosa Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 12/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Martes

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: Carmen D Rangel B.

Documento: 39274777 Tipo: ☑ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carmen D Rangel Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Nadia Espitia Mogollo

Firma: _____ Fecha: 12/5/2026

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: DDD6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

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: Miguel Angel Russian Santelli

Documento: 6721314 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 05/12/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeles

Firma: [signature] Fecha: 05/12/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

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: Cristina Montaña

Documento: 1015490087 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amanda Cuevas Bernal

Firma: Amanda Cuevas Fecha: 12/05/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ovuela castro

Documento: 1024547125 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Xiomara Ovuela Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARCUELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 12/5/2026

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: ΔDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: matices

Martes

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: Fabiola Peñuela

Documento: 18'396.920 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fabiola Peñuela Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danahe Joohara Aguirre O.

Firma: Danahe Aguirre O Fecha: 12/03/2026

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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: marfiel

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: Blanca Barbosa marin

Documento: 1017353134 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: _____

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: Salem Fayardo Pardo

Documento: 1000145752 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Esmeralda Arenas V

Firma: Esmeralda Fecha: 12/05/2026

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

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: Leidy Davida

Documento: 1013687902 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 12/05/2026

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: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 31385181 10

Correo electrónico: [illegible]

Martes

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: Kevin Londoño

Documento: 1016713781 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Corzo

Firma: [signature] Fecha: 12/05/2026

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

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: DELCY BARBOSA HERNANDEZ

Documento: 55 176 332 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Delcy Barbosa H. Fecha: 12/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Merlen Espitia Argel

Firma: _____ Fecha: 12/5/2026

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: _____

Martires

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: Marina Forero Betancourt

Documento: 1070585639 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Marina Forero Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ROMAICH Claire

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: DDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Martes

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: Violeta Arias

Documento: 52326487 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Violeta Arias Fecha: 12/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camilo Londoño

Firma: _____ Fecha: 12/05/2026

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: 3188518110

Correo electrónico: _____

ENGATIVA

33

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 11-Mayo-2026

LUGAR: Engativa - Casa de la Mujer Respiro

OBSERVACIONES: Encuesta DSP- 2 p.m.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Michelle Paola Moreno M.	23.881.954		3115350182		Si	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Engetiuz
11 DM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Michelle Paola Yoreo Mejías

Documento: 23881554 Tipo: ☑ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yomaira Claire

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@f.c.

Engatiosz
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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Engetiuz
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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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: 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: 11-mayo-2026

LUGAR: ENGativa - Casa de la Mujer Respiro

OBSERVACIONES: Encuesta DSP- 11AM.- 2pm.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Luisa Fernanda Gomez	c.c.	65547211	3202201857		Sí	
2	Sandra Mendieta	c.c.	81391823	3025853654		Sí	
3	Dayana Rodriguez	c.c	1014296270	3219537072		Sí	
4	Greisy Nieves	c.c.	1127946740	3228705219		Sí	
5	Diana Ricaurte	c.c	52974071	3144590946		Sí	Diana Ricaurte.
6	Luz Dary Avendaño	cc	52505452	3223759937		Sí	Luz Dary Avendaño.
7	Luz Day Tuna Bustamante	cc	52128125	3138194933		Sí	Luz Day Tuna.
8	Michel Vanessa Gimenez	cc	1233907013	3115554963		Sí	Vanessa Jiménez
9	Paulina Serus	c.c	917236846	3227884458		Si	
10	Emily Aldana	c.c.	1067772482	3144768567		Sí	Emily A.
11	Angelica Lerotta	cc	52440291	3114673178		Sí	
12	Judas Adela de los Angeles Perra	cc	1097901185	3108199320		Sí	
13	Daniel Fernanda Sanchez	cc	1193619512	3167333618		Si	Daniel F. Sánchez
14	Angela Rojas	cc	52346666	3014255361		Si	Angela Rojas
15	Yuliannys San	c.c	19007708	—	—	Si	Yuliannys

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

ENGetics
11 DM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: JUSA FERNANDA GAMEZ

Documento: 1335472111 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11 / 05 /2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 11 / 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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc

ENG 2/102
11 DM

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Deivis Mendoza

Documento: 8391823 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Dutoros

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@FC

ENSE #102
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: Mariana [illegible]

Documento: 1014295210 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11 / 05 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: Amparo Suarez Fecha: 11 / 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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto e.

Enero 2023
11 AM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Gresly Nieves

Documento: 1127946740 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto de Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138513110

Correo electrónico: Coordinador@ec

Consentimiento - 11 AM

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ricaurte

Documento: 52974.071 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Ricaurte. Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVERES P.

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Barbara

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto @ F C.

Engativa

11 ASM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Hazdary Acevedo Caicedo

Documento: 52505452 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Hazdary Acevedo Fecha: 11/May/2026

Nombre del/la encuestador/a: Heidy Lizeth Angel

Firma: _____ Fecha: 11/5/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3139519110

Correo electrónico: Contacto@dc

Logística
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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

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

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luzdey Luna Bustamante

Documento: 52.128.125 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandoval

Firma: [signature] Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Bedout G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc

Engetiaz

11 AM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 VANESSA G.

Documento: 1233907213 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Vanessa Jiménez Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio S

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@s c.

Engelice 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: Paulina Jarvis

Documento: 91723684 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 11/5/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@ECC

Engetiva
11 AM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Aldana

Documento: 1067732482 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Emily A. Fecha: 11/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAMI ARGUELLO

Firma: ALAMI Fecha: 11/5/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Cordzdo efc

Engetivz
11 SM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Cantillo

Documento: 52446291 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angelica Cantillo Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Espitia M.

Firma: _____ Fecha: 11/5/2026

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: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fe

Engatisz 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: Judas Adela de los Aguas Parra

Documento: 1095740185 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio S

Coordinador de campo

Celular: 3138518110.

Correo electrónico: Contacto@fc.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daniel Fernando Sanchez Martinez

Documento: 1193419512 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniel F. Sánchez Fecha: 05/11/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Flores Angelez

Firma: [signature] Fecha: 05/11/2026

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: Alberto de Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fundacion

Engetivz
11 DM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Rojas

Documento: 52396886 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fc.

Engetiuz
11 AM

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yulianny's San

Documento: 1200708 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yulianny's Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 4/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contact@sc.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 11 - Mayo - 2026

LUGAR: ENGatiVa - Casa de la Mujer Respira.

OBSERVACIONES: Encuestas DSP. 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Valentina Beltran Vega	C.C.	1007429028	3108798937	—	Si	Valentina Beltrán
2	Karen Tatiana Parada O	C.C	1012320209	3057373140		Si	Karen Tatiana Parada O
3	Sandra Filigrana	C.C	25618698	3238068883		Si	Sandra Yoelia
4	Valeria Pardo Rodriguez	C.C.	1136910092	3208930888		Si	
5	Maribeleini mendoza P	C.C	1043847210	3118892885	—	Si	maribeleinmendoza.
6	Yosinis Santana	C.C.	27708891	3236031908		Si	
7	Julieth Farfan	C.C	1010174663	-3142177988		Si	
8	Jeferson Arias	C.C	1089780	3204363662	—	Si	
9	Isabella Rodriguez	C.C	1193456624	3142177988	—	Si	Isabella Rodriguez
10	Sofia Berthell.	C.C.	1002842895	3113562519	—	Si	
11	Alexandra Ramirez	C.C	28591051	-3222209610	—	Si	
12	Jessica Paola Camacho	C.C	1012381819	-3122358325	-	Si	
13	Silvana Perez	C.C	1984710722	-3214699885		Si	
14	Sandra Rivera	C.C.	53006036	-3125722432		Si	
15	Marcy Velasquez	C.C	52750739	3002684772.		Si	MARCY V.

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Entrevistas

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Beltrán Vega

Documento: 1007497908 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Valentina Beltrán Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Estela Vargel.

Firma: Fecha: 11/5/2026

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: Alberto De Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fotosicia.com

Engative

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: Karen Tatiana Parada V.

Documento: 1012320209 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karen T. Parada V. Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGÜELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138516110

Correo electrónico: contacto@parodus.com

Engetiaz

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Filigrana

Documento: 25618696 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Noelia Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Lavatte

Firma: Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antuono.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Cadech@fundes.org

Engatiuz.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Valeria Pardo Rodriguez

Documento: 1136910049 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Garcia

Firma: [signature] Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

Engativa

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Berthell

Documento: 1102892195 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 05/11/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelus

Firma: [signature] Fecha: 05/11/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@vpc.

Engatiaz -

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: Alexander Sceth Barrios Ibáñez

Documento: 2259105 1 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

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

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Batondo G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto @ FC

Engatiuz -

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: madelein mendoza c.

Documento: 1043847210 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: madelein mendoza c. Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Byrne

Firma: Amparo Suarez Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto @ FC

Negativa.

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yosiris SanTana

Documento: 29.708891 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Santana Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danate Aguirre Pintero

Firma: Danate Aguirre P. Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antuno G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@oc.

Engativá

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: Juliath Farfán

Documento: 1010244663 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antuni G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@p.c

Engetiva

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jeferson Arias.

Documento: 1088780207 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fc

Engetic2

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: Isabella Rodriguez L.

Documento: 1193456624 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Isabella Rodriguez L. Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romina Claire

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Paola Cavacho Estrada

Documento: 1012381819 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Espitia A

Firma: _____ Fecha: 11/5/2026

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: Alberto Bermudez G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Silvia Rocio Pérez Hoyos

Documento: 1098671072 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ADAMI ARGUELLO.

Firma: ADAMI Fecha: 11/05/2026

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: Alberto De Butoudo

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Rivera

Documento: 53006036 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 11 / 05 / 2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torre

Firma: _____ Fecha: 11 / 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: Alberto De Dutano C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@8C

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: HARLY VELASQUEZ

Documento: 52950739 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: HARLY VELASQUEZ Fecha: 11/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 11/05/2026

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: Alberto Bedoya G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@8C

E-ASP

Barrios

Unidos

#77

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 05 de 2026 — 77 encuestas — 9:00 AM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Maria Holguín	c.c	41613109	3013206023		Si	
2	Leidy Correa	c.c	1127920115	3232351346		Si	
3	Andrea Jhoana Roso	c.c	1015396433	3227020581		Si	Andrea moreno
4	Consuelo Villamil	c.c	52.554.621	3214770976		Si	Consuelo
5	Zahira Fuquen	c.c	1013614530	3214403763		Si	
6	Luz Meris	c.c	49.794977	3122988192		Si	Luz Meris
7	Adriana Maria Martinez	c.c	38.680.619	3202721471		Si	Adriana Mª Martinez
8	Fernanda Leyva	c.c	52932982	3054091629		Si	Fernanda Leiva Cano
9	Daniel Bosque	c.c	1016951936	3212854971		Si	
10	Hellen Sofia Perez	c.c	1100442403	3227008913		Si	Hellen Perez M
11	Alejandra Noriega	c.c	20563436	3024820199		Si	
12	Liliana García	c.c	1030607953	3118350948		Si	
13	Valentina Saenz	c.c	1030610964	3106394741		Si	Liliana garcia O
14	Erika Rodriguez	c.c	53069694	3118251517		Si	Erika Rodriguez
15	Alejandro Murillo	c.c	1111752611	3227251443		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 04 de 2026 77 encuestas 9:00 AM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Magaly Arevalo	c.e	1083876116			Si	
2	Maria García Carreño	c.c	24030489	3112855777		Si	
3	Alicia Barrera	c.e	52.455.595	3124442997		Si	Alicia Barrera
4	Olga Lucía Camelo	c.c	52.204.024	3126965781		Si	
5	Katherine Mosquera	c.c	1662204917	3126914486		Si	
6	Maria Elena Quintero	c.c	26736805	3165723287		Si	
7	Milena Guzmán	c.c	36290586	3219876944		Si	Milena Guzman
8	Luz Marina Rodriguez	c.c	52855590	3245977740		Si	
9	Olga Cruz	c.c	52230558	3204032927		Si	
10	Violeta	c.e	1025520648	3239455655		Si	
11	Diana Patricia Zuluaga	c.c	42098585	3225521757		Si	
12	Alizon Peralta	c.c	32784904	3142729534		Si	Alizon Peralta Para.
13	Luz Bocanegra	c.c	1077852059	3212046834		Si	Luz Bocanegra
14	Andrea Ruiz	c.c	66.938.332	3227123991		Si	
15	Maria Magdalena Rodriguez	c.c	52177611	3197219698		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 04 de 2026 11:00 AM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Luz Marina Junco	c.c	52296402	3222944269		Si	Luz Marina Junco
2	Marta Ramirez	c.c	51587319	3118694506		Si	Yolanda Ramirez
3	Lucy Garzón	c.c	31272387	3223584276		Si	Lucy E. Garzón A.
4	Vanessa	c.c	1111739339	3223534166		Si	Vanessa Jaramillo
5	Liliana Gutierrez	c.c	53.050.058	3194642236		Si	Liliana Gutierrez
6	Angelica Murcia	c.c	63.347.609	3118103852		Si	Angelica Murcia
7	Liliana Sanchez	c.c	1347457	3133381306		Si	Liliana Sanchez
8	Heidi Liliana Montes	c.c	1014182536	322 292 2569		Si	Heidi Montes
9	Eliana Yisseth Giraldo	c.c	1088012388	3002808873		Si	Eliana Y. Giraldo
10	Emma Idaly Zarate	c.c	52.337.689	3118555926		si	Emma Idaly Zarate
11	Nicol	c.c	60398015	3204722304		Si	Nicol Junco
12	Heidy Duarte	c.c	1192903778	3008249662		Si	Heidy Duarte
13	Mary Sandra Puentes	c.c	52620953	3123702624		Si	Mary Sandra Puentes
14	Diana Marcela Rodriguez	c.c	53096540	3106975718		Si	Diana Rodriguez
15	Sharon Higuera	c.c	1000784271	3014588525		Si	Sharon Higuera

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 04 de 2026 1:00 PM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Dharma Rodriguez	C.C	1000257916	3228311389		Si	
2	Lizeth Bernal	C.C	1007295877	3212644278		Si	Lizeth Bernal
3	Rosmery	C.C	52888816	3151642231		Si	
4	Maria Lugo	C.C	63292400	3225690155		Si	
5	Ingrid Julio	C.C	52194877	3123994456		Si	
6	Marilyn	C.C	30.348.953	3227714437		Si	
7	Sergio Castro	C.C	1000034644	3021094055		Si	Alejandro Castro K
8	Laura Rozo	C.C	1018441227	3114512809		Si	Laura M. Rozo R
9	Katy Jimena Prada	C.C	1016063752	3214116696		Si	K
10	Luz Marina Torres	C.C	1012350113	3007269027		Si	K
11	Teddy	C.C	1102803238	3203622200		Si	K
12	Juliana Barrero	C.C	1105681422	3208004367		Si	Juliana Barrero K
13	Miguel Peña	C.C PPT	4984650	3143126777		Si	K
14	Camila Mora Toquica	C.C	1000646670	3108176143		Si	K
15	Blanca Marina Delgado	C.C	39740543	3223357053		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 04 de 2026 77 encuestas 2:00 PM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Sammy	c.e	1013586834	3126075632		Si	K
2	Angie Paola Gutierrez	c.c	1007351526	3015204919		si	K
3	Yuly G.T	c.c	1022401858	3154048730		Si	K
4	Sonia Marcela León	c.e	1014217754	3208632609		Si	K
5	Melanni Shavith Gonzalez	c.c	1193241468	3015593902		Si	K
6	Barbie	c.c	1118519960	3185018979		Si	K
7	Diana Cortes	c.c	31434772	3163545586		si	K
8	Maria Rodriguez	c.c		3207677011		Si	K
9	Lina Maria Noban	c.c	1014231116	3228995033		Si	K
10	Edilia Diaz	c.c	27879590	3213937692		si	K
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Mayo 05 de 2026 77 encuestas 11:00 AM

LUGAR: Barrios Unidos - Casa Santa Isabel de Hungría

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Daney Esteban Sanchez	C.C	1193141452	3042549686		si	
2	Victoria Petit	C.C	28489299	3202733016		si	
3	Lily Ortiz Ariza	C.C	1033694643	3213810634		Si	
4	Andrea Reyes	C.C	1070921301	3144600340		si	
5	Mario Estanga	C.C	1046741908	3170997977 318022		si	
6	Brenda Arauz	C.C PPT	6701908	3015134163		Si	
7	Victoria Sanchez	CC	1022326988	3023254003		si	
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

BBUU

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Victoria Sofia Sanchez Morales

Documento: 1022326988 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

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

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ 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: Alberto De Antonio

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: [illegible]

Documento: 1083306119 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 04/05/2026

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: Albeiro Ochoa

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: María García Cerrón

Documento: 24030484 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelut

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3173518110

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: Alicia Barrera

Documento: 52455595 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: M. Alicia Barrera Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 4/05/2026

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: Nilda De Santos

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: Olga lucia Camelo

Documento: 52204024 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 4/05/2026

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: Alberto de Andreis

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: Katherine Marquez

Documento: 1662204217 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sancho

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: Alba de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518410

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 Elena Quintero. T

Documento: 26.736.805 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Arami Arguello

Firma: Arami Fecha: 4/5/2026

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: Alba De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138598110

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: Milena Guzman

Documento: 36290586 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Milena Guzman Fecha: 01/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabella Suarez Bernal

Firma: Anabella Suarez 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: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138181110

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: Luz Marina Rodriguez Silva

Documento: 52855590 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 4 /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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Cruz C.

Documento: 52230558 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: A/M/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yuleci Espitia P.

Firma: [signature] Fecha: 4/5/2026

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: Alberto de Andreis

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: Violeta

Documento: 1022520648 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Violeta Martinez. Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: Alberto De Antonio

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: Diana Patricia Zuluaga M.

Documento: 42098585 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Zuluaga M. Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Bonnick Claire

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: Alberto De Antonio

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: Alison Peralta Ureda

Documento: 1221844404 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alison Peralta Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Sharyn Cruz

Firma: Sharyn Cruz Fecha: 04/05/2026

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: Alberto de Bustamante

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: Luz Bocanegra

Documento: 1077852059 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Bocanegra Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angulo

Firma: Dimitri Angulo Fecha: 04/05/2026

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: Audrea Ruiz

Documento 66.938.332 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: A. Ruiz Fecha: 4/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARZAMI

Firma: ARZAMI Fecha: 4/5/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Magdalena Rodríguez Torres

Documento: 52177611 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: MagdalenaRodrigue Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: Anabela Suarez Fecha: 04/05/2026

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: BDDG

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: Luz Marina Junco

Documento: 52296402 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Marina Junco Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 4/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

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

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marta Ramirez

Documento: 51591319 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yolanda Ramirez Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: ADDE

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: Luz E. Mozan +/

Documento: 31.272.35 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominich Claire

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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

Documento: 1117739739 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Vanessa Pacheco Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Gutiérrez P

Documento: 53.060.058 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LilianaGutiérrezP Fecha: 04/03/2026

Nombre del/la encuestador/a: Laura Cruz

Firma: Laura Cruz Fecha: 04/03/2026

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: 3138518110

Coordinador de campo

Celular: DSDO -

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: Angelica Yurci Q

Documento: 63352 609 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angélica Yurci Q Fecha: 1/1/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia A

Firma: _____ Fecha: 4/5/2026

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: DDB6

Coordinador de campo

Celular: 3138538160

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: liliana sanchez

Documento: 154745 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: liliana. Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPRENDER DIVERSOS planta

Firma: EMPRENDER Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Heidi Liliana Montes

Documento: 1014182536 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Heidy Montes Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Dimi Argelez Fecha: 04/05/2026

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: Elana Yaseth Gaddo

Documento: 1088201688 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Elana Y Gaddo Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 04/05/2026

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: Emma Idaly Zorde

Documento: 52377689 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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

Documento 6039801J Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nicol Fecha: 4/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Aramí Arguello

Firma: Aramí Fecha: 4/5/2026

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: NDAG

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: Jeidy Duarte

Documento: 1.192.903.728 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jeidy Duarte 3104. Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mary Sandra Puentes

Documento: 59620.753 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: Diana Marcela Rodriguez Puentes.

Documento: 53016540 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

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

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Higuera

Documento: 1000784021 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yaden Estefa Angel

Firma: _____ Fecha: 4/5/2026

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

Nombre: NDC

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: Dharma Rodriguez

Documento: 1000257916 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 4/05/2026

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: 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: Lizeth Bernal

Documento: 1007295877 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lizeth Bernal Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: ROSMERY

Documento: 52888216 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 4/6/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAM Fecha: 4/5/2026

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: DDS

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. S /

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Molido Lugo

Documento: 63299400 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS PINZON

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

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

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ingrid Julio

Documento: 52199877 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angeloz

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yhilyn

Documento: 30342 953 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: ADC

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: Sergio Alejandro Castro

Documento: 1000034644 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandro Castro Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 F Rozo Moño

Documento: 1018491227 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Laura F. Rozo M Fecha: 4/May/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: 3138518100

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: Katy Ximena Prada Rico

Documento: 1076063752 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Norlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 4/5/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Torres

Documento: 1012350113 Tipo: ☑ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4 / Mar 2026

Nombre del/la encuestador/a: Danale Aguirre Quintero

Firma: Danale Aguirre Q Fecha: 01 / 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: TEDDY A. [illegible]

Documento: 1102303230 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4 / 5 /2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAN ARGUELLO

Firma: ALAN _____ Fecha: 4 / 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Juliana Barrero

Documento: 1105681422 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Juliana Barrero Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 4/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Peña

Documento: 4984650 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeluz

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: Camila Mora Toquica

Documento: 1000646610 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Camila Mora Fecha: 4/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVOS P.

Firma: EM PELATAM Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Nubia Delgado Ramirez

Documento: 39742543 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominch Claire

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sammy

Documento: 1073586834 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Gutierrez Lopez

Documento: 1.007.351.526 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 4/5/2026

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: DDMG

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: Yuly G.T

Documento: 1022401838 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yuly G.T Fecha: 4 / Oct/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre O.

Firma: Daniela Aguirre Olaya Fecha: 04 / 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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Sonia Marcela Leon

Documento: 1014217754 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: DDS

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: Melanni s Sharith Gonzalez Angulo

Documento: 1143241768 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Arnold Suarez

Firma: [signature] Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Daily Navarro

Documento: 1118551960 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Cortez

Documento: 39434777 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 04/05/2026

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: ADDE

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: MAIA RODRIGUEZ

Documento: NO TIENE Tipo: ☒CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] MAIA Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 04/05/2026

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: 3135518110

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: Jose maria Nuban Suarez

Documento: 1014231116 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 4 / 5 /2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGOELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 4 /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: DDPG

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: Edilia Diaz

Documento: 27879590 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Edilia Diaz B. Fecha: 04/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amabola Suarez

Firma: Amabola Suarez Fecha: 04/05/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mc Holguin

Documento: 41 [illegible] 613109 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [illegible] Fecha: 05/02/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [illegible] Fecha: 05/02/2026

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: ADAC

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: Leidy Correa

Documento: 1124920115 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARANÌ ARGUELLO

Firma: ARANÌ Fecha: 5/5/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ihoana Raso

Documento: 1015396433 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Andrea Moreno Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. 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: ADDG

Coordinador de campo

Celular: 313 85 18 100

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: Consuelo Villamil.

Documento: 52.554.621 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Consuelo Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalda Suarez Bernal.

Firma: 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: DDAC

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: Oliveros, Zahira FUQUEN

Documento: 1043614530 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Conde

Firma: _____ 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: DDAG

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: Luz Mery

Documento: 49794977 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Mery Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dorde Aguire Quinto

Firma: Dorde Aguire Q. 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: DDG

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: Adriana Mª Martinez

Documento: 38.680.619 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana Mª Martinez Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Karen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 5/5/2026

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: 3138518170

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 vídeo o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fernanda Leyva Gomez

Documento: 52932982 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Fernanda Leiva Gomez Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelez

Firma: Dimi Delat 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: NDDG

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: Daniel Bosak Rico

Documento: 1016951936 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Juliana Cuca

Firma: Juliana Cuca 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: ADAE

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: Hellen Sofia Perez

Documento: 1[illegible]4740[illegible] Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: camila londoño

Firma: _____ 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: ASDAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

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: Alejandra Noriega

Documento: 20563436 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ 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: DDAC

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: Liliana Garcia

Documento: 1030607953 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Liliana Garcia Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] 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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138581110

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: VALENTINA ZACAS

Documento: 1070210124 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la enquestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ 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: 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: Erika Viviana Rodriguez

Documento: 53069694 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Erika Rodriguez Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuffy Suarez Bernal

Firma: Anuffy Suarez 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: NDBC

Coordinador de campo

Celular: 313 851 8110

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: Alejandro Murillo

Documento: 1117526011 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 5/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 5/5/2026

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: SDAS

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: Diney Esteban Sanchez

Documento: 1193191952 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Arguello

Firma: _____ 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: DDG

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: Victoria Petit

Documento: 28489299 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☑ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: _____ 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: ADAC

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: Lily Ortiz Ariza

Documento: 1033694643 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 5 /May/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: _____ 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: NDOC

Coordinador de campo

Celular: 32138 - 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: ANGELA REYES.

Documento: 1070922521 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: ANGELA REYES Fecha: 5/5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Aromi Aguello

Firma: Aromi Fecha: 5/5/2026

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: DDC

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: Mario Estanga

Documento: 1046921898 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 05/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Agudelo

Firma: _____ 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Brenda Arauz

Documento: 6701908 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: Brenda Arauz Fecha: 5 / 5/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 5 / 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: _____

E-ASP

BOS2

#33

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Abril 30 de 2026 33 encuestas 9:00 AM

LUGAR: Bosa Siracuza

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Nini Johana Soto	c.c	1136111517	3114885970		Si	Nini Johana Soto
2	Alejandra Bermudez	c.c	1000930875	3212192149		Si	Alejandra bermudez
3	Monzua Herrera	c.c	52113567	3223342589		Si	Monzua Herrera
4	Maryi Yineth Monroy	c.c	1012455542	3228223798		Si	Maryi Monroy
5	Jessica María Rodriguez	c.c	71919577	3294397082		Si	Jessica Rodriguez
6	Alix Arenas	c.c	1001128234	3502503788		Si	Alex Cañetas.
7	Liliana Suarez	c.c	52529504	3156479842		Si	Liliana Suarez
8	Cecilia Rodriguez	c.c	52.193.812	3125117490		Si	Cecilia Rodriguez
9	Maritza Sanchez	c.c	1012400720	3234966809		Si	Jessica Rodriguez
10	Valentina Bernal	c.c	1001285905	3012392880		Si	Valentina
11	Andres Sosa	c.c	1012978182	3238515905		Si	
12	Jhojan Suarez	c.c	1141315377	3115937855		Si	
13	Maria Gutierrez	c.c	53036908	3144667329		Si	
14	Angela Bautista	c.c	28946885	3228302959		Si	
15	Salome Perez	c.c	1014198368	3022563642		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Abril 30 de 2026 33 encuestas 11:00 AM

LUGAR: Bosa Sivacuza

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Ingrid Agudelo	C.C	52312 437	3209343837		Si	
2	Xiomara Gutierrez	C.C	1018320786	3138698870		Si	
3	Lubi Dayana Correales	C.C	1026304172	3125622005		Si	Dayana Correa H.
4	Carmen Elena Rodriguez	C.C	39798824	3150273768		Si	Carmen Elena Rodriguez B.
5	Natosha Milena Vizcaino	C.C	1143166901	3006829129		Si	
6	Daniela Lizcano	C.C	1010221348	3221813039		Si	Daniela Casanova
7	Darly Dayana Gonzalez	C.C	1023960136	3150235505		Si	
8	Maritza Rodriguez	C.C	52092778	3119478410		Si	
9	Elizabeth Ruiz	C.C	1033776246	3009666276		Si	
10	Carol Lizeth Ortiz	C.C	1012407300	3203763104		Si	Carol Ortiz
11	Alejandra Murcia B	C.C	80739207	3233098439		Si	
12	Sara Gonzalez	C.C	31365545	3025183956		Si	
13	Dora Ramirez	C.C	52507070	3223672020		Si	
14	Eivis Maria Morales	C.C	1003116005	3105699056		Si	Eivis Morales.
15	Paola Ochoa	C.C	1010192712	3142069930		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: Abril 30 de 2026 33 encuestas 2:00 PM

LUGAR: Bosa Siracuza

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Pamela Aristizabal	cc	1020816131	3208268413		Si	
2	Jelmmy Sierra	cc	1072642365	3212898209		Si	
3	Jonathan Carrasquero	cc	1010006244	3227932430		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: Nini Jhoana Soto

Documento: 1136911517 Tipo: ☑ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nini Jhoana Soto Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Virky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: DDG

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: Alejandra Bermudez

Documento: 1000930875 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra Bermudez Fecha: 29/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 29/01/2026

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: ADDC

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: Monzva Herrera.

Documento: 52113567 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Monzva Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tosses

Firma: Yolanda T. Fecha: 30/04/2026

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: ADAC

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: Mary. Yineth Monroy

Documento: 1012455512 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mary Monroy Fecha: 01/30/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angela

Firma: Dimitri Fecha: 01/30/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Maria Rodriguez

Documento: 21919597 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: JessicaRodriguez Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dorne Aguirre Montero

Firma: DorneAguirre Fecha: 30/04/2026

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: 3178518110

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: Alix Arenas

Documento: 1000128734 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alix Arenas Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel

Firma: [signature] Fecha: 30/04/2026

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: ADAC

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: Jeison Suarez

Documento: 52529504 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jeison Suarez. Fecha: 30/07/2026

Nombre del/la encuestador/a: Empertzil Olivelos Pinzon

Firma: Empertzil Fecha: 30/07/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: ASDAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518160

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: Cecilia Rodriguez

Documento: 52193812 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

Firma: ARAMÌ Fecha: 30/04/2026

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: DDSC

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: Monica Sanchez

Documento: 1012400220 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sanchez Florillo Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: DDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Valentina Bernal Sandoval

Documento: 1001205905 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Valentina S Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 30/04/2026

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: ADS

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

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: Andres Sosa

Documento: 1012918182 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camila Londoño

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: ADSC

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: Jhojan Suarez

Documento: 1141315322 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Ducky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Gutierrez .

Documento: 28946885 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mª Gutierrez H Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 30/04/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Bautista

Documento: 53066908 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre O

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 30/04/2026

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: ADAC.

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: Salome Perez

Documento: 1014198368 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPLEATIC OLIVEROS V.

Firma: EMPLEATIC Fecha: 30/04/2026

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: NDAS

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: Ingrid Agudelo

Documento: 52312137 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ingrid Agudelo Fecha: 01/30/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimibá Argelia

Firma: Dimibá Argelia Fecha: 01/30/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Yomaira Gutierrez

Documento: 1012328196 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGOTE110

Firma: ARAMÌ Fecha: 30/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: 3133858180

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: Lubi Dayana Correales

Documento: 1026304178 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dayana Correa A. Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tobon

Firma: Yolanda T. Fecha: 30/04/2026

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: DDG

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: Carmen Elena Arteaga B

Documento: 30298824 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Elena Arteaga B Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 30/04/2026

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: ADAC

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: NATASHA MILENA VIZCAINO

Documento: 1143166907 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: ADDE

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Daniela Lizcano

Documento: 1010221343 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Daniela Lizcano Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLMEDO PINZON

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 30/04/2026

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: DDSC.

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Dorly Dayana Gonzalez Gutierrez

Documento: 1023960136 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dorly Gonzalez Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 30/04/2026

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: DDOC

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: Maritza Rodriguez.

Documento: 52092778 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maritza Rodriz Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 30/04/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ruiz

Documento: 1033746246 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tosses

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Lizeth Ortiz

Documento: 1012407501 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carol O Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 30/04/2026

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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Arenas

Documento: 1067939209 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alexandra Arenas Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Q Fecha: 30/04/2026

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: 3138518170

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: Sara Gonzalés

Documento: 31365545 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ Fecha: 30/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: NDNG

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

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: Dora Ramirez

Documento: 52807070 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dora Ramirez Fecha: 01/30/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angeluz

Firma: Fecha: 01/30/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: 3138518170

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: Elvis Maria Morales Pacheco

Documento: 1003116065 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Elvis Morales Pacheco Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] Fecha: 30/04/2026

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: DYDC

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: Paola ochoa

Documento: 1010192712 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romanck Claire

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: DDG

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: Yelena Sosa

Documento: 1072692365 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 30/04/2026

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: DDG

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: Pamela Aristizabal.

Documento: 1020816121 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Pamela Aristizabal Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 30/04/2026

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: DDC

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: Jonathan Cortés

Documento: 1010006244 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARGUELLO

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: NDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

E-ASP

USME

#13

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 29 - 04 - 2026 13 encuestas

LUGAR: CDC Julio Cesar Sanchez - Usme

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Claudia Garcia Isaza	CC	57439143	3228981875		X	Claudia Garcia I
2	Heidy Yulieth Castañeda	CC	1007423420	3208829959		X	
3	Luz Maria Bolaños	CC	25287454	3214378101		X	
4	Adriana Gomez	CC	1023862839	3118362638		X	Adriana Gomez
5	Camila Rodriguez	CC	1026290458	3214838462		X	
6	Nohora Alejandra Ayala	CC	1033757681	3105523712		X	Alejandra Ayala
7	Laidy Jhoanna Aguilera	CC	79221680	3229552391		X	
8	Diana Patricia Garro	CC	52127120	3214881465		X	
9	Diego Erik Sanchez	CC	1033820213	3001247754		X	DIEGO ERIK S R
10	Camila Alexandra Duque	C.C	2000030955	3043563158		X	
11	Paulina García Izasa	C.C	1022953705	3208655029		X	Paulina Garcia R
12	Virginia Rivas	C.C	52.225.846	3229215430		X	Rivas M Virginia
13	Johanna Lema	C.C	1.030.538.683	3107659380		X	- Johanna Lema
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: Claudia Garcia Isaza

Documento: 57439143 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Claudia Garcia I Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 29/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Heidi Yulieth Cañaveda

Documento: 1007423420 Tipo: ☒ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 29/04/2026

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: ADDG

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: Luz María Bolaños

Documento: 25287459 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: _____ Fecha: 09/29/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Adriana Gomez

Documento: 1023862839 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Adriana Gomez Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Fecha: 29/04/2026

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: DDAG

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: camila Rodriguez

Documento: 1026290428 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rodriguez 3004 Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 29/04/2026

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: NDDG -

Coordinador de campo

Celular: 3138518160

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: Ashora Alejandra Ayala Camacho

Documento: 1033359681 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra Ayala Fecha: 29/05/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romach Claire

Firma: _____ Fecha: 29/04/2026

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: DDC

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: Leidy Johanna Agudelo C.

Documento: 79221680 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARCUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 29/04/2026

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: DDOS

Coordinador de campo

Celular: 3135519110

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: Diana Patricia Garro

Documento: 52127120 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Garro Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 29/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Diego Erik Sanchez

Documento: 1033822213 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Toro

Firma: [signature] Fecha: 29/04/2026

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: ADOG

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: Camila alexandra duque

Documento: 2000[illegible]875 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: [signature] Fecha: 29/04/2026

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: NDAC

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: Paulina García Izquierdo

Documento: 1022983705 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paulina García Izquierdo Fecha: 01/29/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argueta

Firma: Dimitri Argueta Fecha: 01/29/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Rivas M Virginia.

Documento: 52225846 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominka Claire

Firma: _____ Fecha: 29/04/2026

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: A.D.A.C.

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: Johanna Leiva G.

Documento: 1030·538·633 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Johanna Leiva Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÌ ARCADIO

Firma: ARAMÌ Fecha: 29/04/2026

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: _____

E-DSP

Rafael Uribe Uribe

#35

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 28 Abril de 2026 9:00 AM

LUGAR: Rafael Uribe Uribe - Casa Amapola Jones

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Maria Angulo	C.C	40725044	3118522296		Si	Maria E. Angulo
2	Luz Marina Cortez	C.C	1010126652	3208718851		Si	Luz Marina
3	Maria Tereza Castellanos	C.C	39713796	3148539668		Si	Mª Teresa C.
4	Maria Camila Rodriguez	C.C	17.228.664	3247352925		Si	
5	Nohora Castellanos	C.C	39.532.445	3124346905		Si	Nohora Castellanos R
6	Alba Cecilia Lizcano	C.C	51750068	3213361348		Si	
7	Luz Mery Valencia	C.C	49.705.708	3242756420		Si	Luz mery Valencia
8	Gloria Amander	C.C	40916573	3118428187		Si	Gloria Amander D
9	Marina Ladera	C.C	2867862	3155888470		Si	Marina Ladera
10	Karina Delgado	C.C	20.169291	3125263604		Si	
11	Olga Lucia Perez	C.C	52.792.173			Si	Olga Lucia Perez
12	Rosa Elvira Castellanos	C.C	51.706.130	3132370809		Si	Rosa Castellanos
13	Alejandra Maria Torres	C.C	30577587	3142238126		Si	Alejandra Torres
14	Santiago Sabogal	C.C	1013582090	3219780363		Si	Santiago Sabogal
15	Yesly Melean	C.C	5105851	3164498560		Si	Yesly Melean

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 28 de Abril de 2026 11:00 AM

LUGAR: Casa Amapola Jones Rafael Uribe Uribe Encuestas

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Myriam Bonsedo Garay	C.C	51775626	3138750546	—	Si	
2	Martha Feliciano	C.C	51796418	3132860746		Si	
3	Rosana Arevalo	C.C	6735471	3044630996		Si	Rosana A.
4	Marina	C.C	51951083	3102632089		Si	
5	Sophie Beltrán	C.C	1000353626	3209776939		Si	
6	Yesika Sanchez	C.C	30889141	3224473147		Si	
7	Paola Forero	C.C	79379184	3112281305		Si	
8	Erika Mishell Ospina	C.C	79633833	3022086029		Si	
9	Monica Patricia Conde	C.C	79898519	3138572623		Si	Monica P.
10	Divina Amapola Muñeca	C.C	1069054781	3173220172		Si	
11	Michael Guzmán	C.C	80206075	3108009487		Si	
12	Kassandra Vanessa	C.C	1031654223			Si	
13	Maira Eugenia Gonzalez	C.C	22045463	3242112510		Si	María
14	Paola Aguilera	C.C	19932099	3117823490		Si	
15	Kendall Montenegro	C.C ppt	25862286	3222428309		Si	

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 28 de Abril de 2026 2:00 PM

LUGAR: Casa Amapola Jones Encuestas Rafael Uribe Uribe

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Blas Matheo	cc	1050607336	3175598862		Si	
2	Sheyla Villa	c.c	1129581178	3045703050		Si	
3	Yeilys Galán	c.c	1002307472	3233501219		Si	
4	Alba Nidia Flores	c.c	75.100.663	3133677778		Si	
5	Ivannx Galvis	c.c	1027400693	3014438186		Si	
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: Maria E. Angulo

Documento: 40725044 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Maria E. Angulo Fecha: 28/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danahe Aguirre Cuartero

Firma: Danahe J. Aguirre C. Fecha: 28/01/2026

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: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518140

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: Luz marina Cortez

Documento: 1010726652 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz marina Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

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: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Maria Tereza Castellanos

Documento: 39 713796 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: M^a Teresa C. Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. 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: ADAC

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: María Paula Rodríguez

Documento: 1.228.664 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

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: ADG

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: Nohora Castellanos

Documento: 39532405 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nohora Castellanos Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPEARIC

Firma: EMPEARIC 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: 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: [signature]

Documento: 51750068 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: [signature] 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: ADAC

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: Luz Mery Valencia P.

Documento: 42.708.708 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz Mery Valencia P. Fecha: 28/4/2026

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: DDAG

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: Olmo Amanda

Documento: 4041573 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espeta D

Firma: [signature] Fecha: 28/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Ladera

Documento: 28677862 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

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: 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: Karina Delgado

Documento: 20169291 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Landon

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: DDAG

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

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: Olga Lucia Jaramillo Rojas

Documento: 52292173 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Olga Lucia Jaramillo Rojas Fecha: 28/ /2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI 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: 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: Rosa Elvira Castellanos Urueña S

Documento: 51706730 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rosa Castellanos S Fecha: 04/28/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeles

Firma: [signature] Fecha 04/28/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: 313 851 8110

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: Alejandra Mª Torres Tehra

Documento: 3057587 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alejandra Torres Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] 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: ADAC

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: Santiago Sabogal

Documento: 1013582090 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Santiagotapiero Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] 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: ADAC

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: Yurley Meleano

Documento: 5105851 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

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: 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 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: Myriam Consuelo Garay

Documento: 37715626 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 29/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 029/04/2026

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: NDBC

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Martha Feliciana

Documento: 51796428 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

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: DDG

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: Rosana Araujo

Documento: 6735471 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Rosana Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanabria

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: 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: Marina

Documento: 51951803 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: [illegible]

Firma: [illegible] 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: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138581170

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

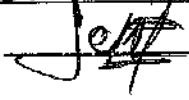
☒ Sé que mi información es confidencial

☒ 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.

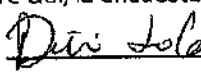
☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sophie Lucirm Beltrán Maldonado

Documento: 1000353626 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella:  Fecha: 04/28/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma:  Fecha: 04/28/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yaira Sanchez

Documento: 30889141 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] 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: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3138518100

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 què mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Forero

Documento: 79379784 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] 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: DDDC

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Erika Yisbell Ospina

Documento: 79633833 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yarlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 28/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Patricia Conde

Documento: 79 898519 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amarola Suarez Bernal.

Firma: [signature] 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: ADA

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Divina Amparo Muñoz

Documento: 1064951751 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 24/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: Daniela Aguirre Quintero 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: ADOS

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Michael Guzman

Documento: 80206075 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] 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: 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: Kassandra Vanegas

Documento: 1031659275 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/28/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Angelus

Firma: _____ Fecha: 01/28/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Eugenia González.

Documento: 2205463 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María González Fecha: 28/2/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yoiler Espitia M.

Firma: _____ Fecha: 28/2/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Paola Aguilera

Documento: 19932099 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☒ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 28/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DORA

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: Kendall Montenegro

Documento: 25.862.286 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Pomilick claire

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: NDAG

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: Blas Matheo

Documento: 1050691336 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/28/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Arguelz

Firma: _____ Fecha: 01/28/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sheyla Lorena Ville orjuela

Documento: 1.129.581236 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sheyla Lorena Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ROMANCK Claire

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: NDBC

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: Yerlis Galan Arroyo

Documento: 1002503472 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daroke Jaguire Quintero

Firma: Daroke Aguire Q. 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: DDDG

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: Albanidia Flores Arias

Documento: 25.100.063 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Albanidia Flores Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Arzmi Arguello

Firma: ARAM 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: NDAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

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: Ivanna Galvis

Documento: 1022400693 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: IVANNA ♡ Fecha: 28/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

Correo electrónico: _____

$\forall \cdot \Delta \cdot \Phi$

$\Gamma \vdash \Sigma \cdot \Omega$

∞

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 27/04/2026

LUGAR: Casa Sebastián Romero - Encuestas Teusaquillo 8 encuestas

OBSERVACIONES:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Catalina Pardo Palacio	c.c	1013631964	3009745661		Si	CatalinaPardoPalacio
2	Astrid Carolina Pelaez	c.c	1031167442	3242289971		Si	Astrid Pelaez
3	Heny Sofia Vargas	c.c	1023077773	3242986242		Si	Sofia Vargas.
4	Jonathan Osorio	c.c	1077920632	3239925800		Si	
5	Carolina Ramirez	c.c	1075258198	3213518976	N/A	Si	.Carolina R.
6	Angela R.	c.c	1075626290	3124114424	—	Si	AngelaRReina
7	Sandra Agudelo	c.c	52476128	3207595920	lavedios.co@hotmail.com	Si	SandraAgudeloV
8	KAROLINA N/A	CC N/A	1030640	3242289477	N/A	SI N/A	Astrid Pelaez N/A
9	Verónica Aristizabal	c.c	1020756143	3196834201		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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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

Documento: 1075626290 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angela RR Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 27/04/2026

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: ADSC

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: Carolina Ramirez

Documento: 1053253 R3 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Carolina R. Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 27/04/2026

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: ADOC

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: Jonathan Osorio

Documento: 1079792063 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 27/04/2026

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: DDD

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: Heny Sofia Vargas

Documento: 1023027773 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: SofiaVargas Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ADANI ARGUELLO

Firma: ADANI Fecha: 27/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Carolina Pelaez T.

Documento: 1031167442 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Astrid Pelaez T. Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: FAMBIATUR OLIVEROS PINZON

Firma: FAMBIATUR Fecha: 27/04/2026

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: ADDC

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: Catalina Pardo Palacio

Documento: 1013631964 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Catalina Pardo Fecha: 27/04/2026

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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138581110

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: Sandra Agudelo

Documento: 52476128 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Agudelo Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Corral

Firma: Jenny Fecha: 27/04/2026

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: NDAC

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: Verónica Avistizábal

Documento: 1020756143 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ Fecha: 27/04/2026

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: NDDG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

ASP

ENCUESTAS

Localidad: Santafe

100.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 22 - ABRIL - 2026

LUGAR: Localidad Santafe - OLIMPOLAB - ENCUESTA ASP.

OBSERVACIONES: PM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Juliana Diez Reyes	C.C	52234854	3011897297	—	Sí	Juliana Diaz R
2	Mireya Mendoza	C.C	52028420	3159045658	—	Sí	MIREYA
3	Zafiro Rodriguez Lozano		1023919365	3057152981	—	Sí	Zafiro Rod
4	Danny Tifanny G.A.		1111765368	3214025845	—	Sí	- Danny G.A.
5	Sandra Sepulveda		52.200927	- 3332502584		Sí	
6	Camila Perez		26201597.	3223317881	—	Sí	
7	Diana Marcela Ortiz		1022933928	3219952719		Sí	
8	Roxanne Vargas Herrera		1073711945	- 3203102657	—	Sí	-
9	Olga Lucia Rey		52028728	- 3143478116	—	Sí	
10	Zulmy Dias		53051672	3214126526		Si	
11	Wendy Giralda		1026584282	-3134809217	—	Sí	· WENDY Giralda.
12	Ivonne Nisperuza G.		1069464445	3153120796		Si	
13	Margarita Jaramillo C.		30776180	—	—	Sí	
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Santa Fe P.I.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Joliana Diaz Reyes

Documento: 52254854 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Corone/

Firma: _____ 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: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@sc.com

2.

Santa Fe D.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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mireya Mendoza

Documento: 67078470 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny corone

Firma: _____ 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc.com

KIT
REF. 22

Sentencia P.I. 22-abril/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: Zahiro Rodriguez Lozano

Documento: 1023919365 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 01/22/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: _____ Fecha: 01/22/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: Contacto@fc.com

KIT ✓

Refrigerio ✓

Sentencia P.I. 22 abril 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: Danny Tatiana G. A.

Documento: 1111765368 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Danny G. A. Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPEWTRIL OLIVERIO RIVERA

Firma: [illegible] 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: [illegible]

Rec
Kit

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: Sandra Sepulveda

Documento: 52200927 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI 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: ΔΔΔ6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto @ sc.

Santafe PI 22 abril 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: Camila Perez

Documento: 26201597 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ 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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@sc.com

Kit v
Ref 2r.

7

Sentre P.H. 22 abril 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: Diana Marcela Díaz

Documento: 1022939928 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 23/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: [signature] 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: contacto@fc.com

Ref Kit 725

8

Santafe P.H. 22 abril/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: Roxanne Vargas Herrera

Documento: 1073711945 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre

Firma: Daniela Aguirre 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto @ f c.

Refri

Kit

Sentence P. I 22 abril 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: Olga Lucia Lopez Martinez.

Documento: 52028728 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Olga Lucia Lopez Martinez. Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amarela Suarez Bernal

Firma: Amarela Suarez 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: ADAG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fccom

OK yes

10

Santafe
P.I.
22 abril 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: Zulmy Díaz

Documento: 53051672 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Claire

Firma: _____ 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fcc

Santa C.
P.I.
22 abril 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: Wendy Giraldo

Documento: 1026584282 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: X Wendy Giraldo Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

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: ADDS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto esc

KIT ✓

REF ✓

Santafe
P.H.
22 abril/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: Luonne Dayanu Nisperuza Grandon

Documento: 1069464495 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Landaiz

Firma: _____ 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@esc

OK HeG

OK. KH

Santafe P.I. 22 abril/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: Margarita Jaramillo Cardona

Documento: 30276180 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Donaly Aguirre Quintero

Firma: _____ 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: ADAS

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@sc.

KIT ✓

REF ✓

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 22-Abril-2026.

LUGAR: Localidad Santafe - ONIMPOLAB - ENCuesta ASP.

OBSERVACIONES: AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Ashy Stefania		6849226	3222380402		Si	
2	Karina Ramirez		1121212630	3202340839		Si	Karina Ramirez.
3	Ana Medina.		1012388611	3219605815		Si	
4	Aby Hernandez		1106397720	3112353417		Si	
5	EstheSany Ansilla Chonllo		27376375	3108577706		Si	
6	Taylor Higuera		23567521	3232458503		Si	
7	Stefany Malvenge		26973440	3136207745		Si	
8	Dubrazka Theran		28361716	—		Si	
9	Shozna Perez		30233558	3212034057		Si	P.
10	Alvanis Rodriguez		36262392	3123189336		Si	
11	NicolleGonzalez	E 30	376980	3138824695		Si	Nicolle Gonzalez
12	Juan Sebastian Pinto		1030620805	3125725521		Si	SEBASTIAN.
13	Sofia Patiño		1007682123	3128874805		Si	
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Localidad Santafe
AM.
27-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ashly Stefanía

Documento: 6849226 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGÜELLO

Firma: ARAMI 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: ADAS.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@foraclaico.com

KH

REF

Santafe AM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karina Ramirez

Documento: 1.121.212.630 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Karina Ramirez Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danhe Aguirre Q.

Firma: Danhe Aguirre 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: LDAG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@foraduico.com

Santafe
AM
22-04-2026

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: Ana Medina G

Documento: 1023886111 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ 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: ADAG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fonaciudad.com

Ref ✓

Kit ✓

Santafé D.M. 22-04-2026

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: JOY HERNANDEZ

Documento: 1069391770 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 04/16/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Espitia A

Firma: [signature] Fecha: 22/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: contacto@fc.co

[signature]

Santa Fe D.C. 22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Esthefan y Paola Chanllo

Documento: 27376375 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/22/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argüelles

Firma: _____ Fecha: 04/22/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente 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: contacto@fc.com

REG

Kit

Sentence
22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Taylor Higuera

Documento: 23-569-521 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amparo Suarez Bernal

Firma: _____ 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: ADSG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@sc.

7

Santafe AH. 22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 MALVENGA

Documento: 26973440 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT VENEZOLANA

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P.

Firma: _____ 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: ADA.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@sr.com

Santa Fe D.C. 22-04-2026

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: Dubraska Theran.

Documento: 28361716 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Dubraska Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Toro S.

Firma: Yolanda T. 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fc.com

Kit

Ref

Santafe AM 22-04-2026

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: Jhoana Perez

Documento: 30.233.558 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc.com

Ref
Kit

Santafe
22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alvaro Rodriguez

Documento: 36762392 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ 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: ADAG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc.com

Santa Fe D.C. 22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Gonzalez

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nicole González Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ 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: ADAG.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@sc.com

REF 4

Kit 4

Anexo 22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Sebastian Pinto

Documento: 1030620805 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: JSEBASTIAN Fecha: 22 / 04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ROMANICK Stanley Claire

Firma: _____ 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: ADAC

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fc.com

Ref ✓

Kit ✓

Sente de DH. 22-04-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 patiño

Documento: 1007682123 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 22/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARANI ARGUELLO

Firma: ARANI 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: ADAG

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@...

Ref. 144

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21 - abril - 2026
LUGAR: Olimpo Santa Fe · Encuesta ASP
OBSERVACIONES: 2:00pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Cristina Gaitan	CC	51981023	3043516633	—	Si	Cristina Gaitán
2	Milena Cortes		52314614	3143550691	—	Si	Milena ortiz
3	Alicia Proaño		52433194	3126349140	—	Si	Alicia proaño sp
4	Karen Pulido		1007610310	3115526372	—	Si	Karen Pulido
5	Ana Lucia Valencia		52874769	3213481128		Si	Ana Lucia Valencia
6	Jenny Poveda		1006721463	3108126740	—	Si	Jenny Poveda L.
7	Johanna Castro		1026288796	3212630108		Si	Kelly A.
8	Ruth Patricia Oya		51972271	3142398389		Si	Ruth Oya
9	Leidy Johanna Avila		1023038480	3027475889		Si	
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Table 4 – Mateo Espitia

Table 13 – Danahe Aguirre.

Table 2 – Yolanda

Table 10 – [illegible]

Table 7 – Camille.

Table 3 – Jenny

Table 8 – Amapola

Table 1 – Dimitri

Daniela - encuesta ASP

2 p.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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Leidy Johanna Avila

Documento: 1023038480 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal.

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: Contacto@Sondeia.com

Zamale - encuesta ASP

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jenny Poveda

Documento: 1006721453 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jenny Poveda R Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Zephyr

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Dutari

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@[illegible]

Kit
Ref.

Daniela - Encuesta ASP

2 p.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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ruth Patricia Aya

Documento: 51977277 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: [signature] Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: Contacto@Sondvida.com

[signature]

Daniela - Encuesta ASP
2 p.m

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karen Pulido

Documento: 1007410510 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Contacto@faccluca.co

Kit v
Ref v 2r

Daniela - Encuesta ASP 2 p.m

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Lucia Valencia

Documento: 52874769 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Lucia Valencia Fecha: 21/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO.

Firma: ARAMI 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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foroclaro.co

Daniela - encuesta ASP 2p.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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alicia Proaños Pinedas

Documento: 52423194 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alicia Proaños P. Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danaé Aguirre Quintero

Firma: Danaé Aguirre Q Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fovedutec.co

KSIT

REF

Damaie - Encuesta ASP
2 p.m

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: milena ortiz

Documento: 52314614 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yaden Espitia ANGEL

Firma: _____ Fecha: 2/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fovealvida.es

Kit. ✓

Ref ✓

Panale - Encuesta ASP
2 p.m
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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cristina Gaitan

Documento: 51981023 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cristina Gaitán Fecha: 21 / 04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPLEATICA OLIVEROS 21/4/2026

Firma: EMPLEATICA Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3133851810

Correo electrónico: Contacto@Solactiva.com

Ref. ✓

kit. ✓ 2✓

Zamaie - Encuesta ASP
2 p.m

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Johana Castro

Documento: 1026288796 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Kelly A Fecha: 01/21/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Dimitri Argelez Fecha: 01/21/2026

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: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foracloia.com

Kit ✓

RdS ✓

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21-Abril-2026
LUGAR: Olimpolab – Loc. Santafe – ENCUESTA DSP
OBSERVACIONES: 11 D.M.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Joseph Rojas Vargas	CC	1015628777	3203371792	—	Si	Joseph Stiv Rojas V.
2	Tao Muneuar	CC	1032480258	3150368161	—	Si	TAO MAX
3	Santiago Carocre	CC	1014306878	3222197194		Si	
4	Yury Arcane	CC	1014308820		3153530576.	Si	
5	Marcela Hernandez	C.C	—		3014280094	Si	
6	Fernanda Pereira	C.C	—		3172596350	Si	
7	Brenda neiz yepez	CC.	1052992104		3027922489	Si	Brenda Yepez
8	Juan marq Todos	CC	7960077	323 2584827	— — —	Si	
9	alejandra Valderrama	CC	1014307771 –		3112736343	Si	
10	Ivan Zambrano	C.C.	1016054	184	3011769141	Si	
11	Hollywood Madera	CC	1045743418 –		3113545028	Si	Hollywood
12	Melanny Medina	C.C	1106782716 –		3209415011	Si	
13	Alicia Chaux	C.C	1034659315		3177782222	Si	
14	Alejandro Patiño	C.C	1033783219		3194835255	Si	
15	Alexandra Ibañez	C.C	1032463898		3014659466	si	

Santaje - Encuesta ASP 11 ASH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Brenda Yaneth Mercado

Documento: 1052992184 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 313 85 18110

Correo electrónico: Contacto@Forocivico.com

Female - Encuesta ASP
11 AH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Tao Manevar

Documento: 1032480250 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 27/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: [signature] Fecha: 27/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@faoaciuico.com

[signature]

Daniel - Encuesta ASP
11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yury Arcane

Documento: 1014308830 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Toro

Firma: [signature] Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@folaclúico.com

11 AM.

Ref [signature]

Daniela - Encuesta ASP
11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Joseph Steve Rojas Vargas.

Documento: 1015424777 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Joseph Steve Rojas V. Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daraba Paguine Quintero

Firma: Daraba Aguine Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@farooulo.com

IIAH

Kit

Def

Daniela - encuesta ASP 11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Hollywood Montero

Documento: 1045793418 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Hollywood. Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sandra

Firma: Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociudico.com

Ref

Daniela - Encuesta ASP
11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Fernanda Pereira

Documento: 6780774 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☒ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/21/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeloz

Firma: _____ Fecha: 04/21/2026

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: Alberto De Dutonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocivico.com

IIDS

Kit

RSV

Tamale - Encuesta ASP 11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alejandra Valderrama Muñoz

Documento: 1014307771 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuar Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociudad.com

IIDM.

Ixit

MF

Zamaie - Encuesta ASP 11 AH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Santiago Cano Cruz

Documento: 1043068972 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: _____

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foraciuico.com

11 AM.

Kit 2

Nos -

Formato - encuesta ASP 11 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

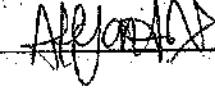
☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

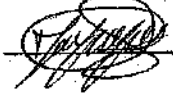
☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alejandro Pulido Gonzalez

Documento: 1033783219 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella:  Fecha: 21/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espitia Angel

Firma:  Fecha: 21/4/2026

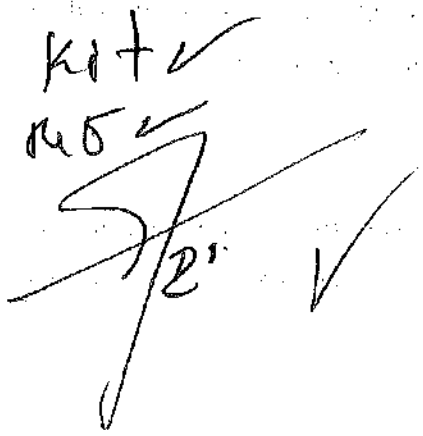
Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foraciuico.com



Jamaje - encuesta ASP 11 AH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Iuan Zambrano

Documento: 1016054184 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jeany coronel

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocivico.com

IDM
REF ✓
KIT ✓

Jamaje - Encuesta ASP 11AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jhon mora R.

Documento: 1066027 371 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jhon mora Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ALAMI ARGUELLO

Firma: ALAMI Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociusica.com

IIDH.

Kit 4

Ref

Damaie - Encuesta ASP 11AH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yeleny Meneth Medina Roda

Documento: 1106981716 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [redacted] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille.

Firma: Camille. Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocivico.com

Kit de Ref

Pamale - Encuesta ASP 2PM

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marcela Hurtado

Documento: NO PORTA DOC. INF. Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Marcela Hurtado Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ESMERALDA OLIVEROS P.

Firma: ESMERALDA Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contact@sanotelia.com

IIAM

Kit ✓

Ref. ✓

Daniela - Encuesta ASP

2 p.m

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alejandra Wells Ibañez Coral

Documento: 1012463348 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21 / 04 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Montero

Firma: _____ Fecha: 21 / 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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fonoactivo.co

Tamale - Encuesta ASP 2pm

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alicia Lucia Chauxpeña

Documento: 1050[illegible]9215 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Polocivia.com

Ref. V

Kit 12

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 21-Abril-2026
LUGAR: Olimpolab - Santafe - Encuesta ASP.
OBSERVACIONES: 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Patricia Ramirez	CC	35857895	3197166893	—	Si	Patricia Ramirez
2	Vanessa Cerpa.	CC	32134028			Si	Vanessa Cerpa
3	Paola Santos	CC	1032420515	3208450890		Si	Paola Santos
4	Martha Olaya	CC	52204463	3143596995		Si	Martha Olaya
5	Teresa Mejia	C.C	36055920	3112341138		Si	Teresa Mejia
6	Ingrid Moreno	C.C.	28152399	3219400493		Si	Ingrid Moreno
7	Lucero Ramirez	C.C	52157273	3123065295		Si	
8	Pilar Ledesma	C.C	52242113	-3045509487		Si	Pilar L.
9	Sandra Milena Pineda	CC.	52936490	-3103866026		Si	
10	Yolanda Angarita	C.C.	41756734	-3229189293		Si	Yolanda Angarita
11	Cielo Garzon	C.C	52006710	-		Si	Cielo Garzon
12	Betty Giraldo		52760709	- 3106914787		Si	Betty Giraldo
13	Jenny Manuel Gonzalez	C.C.	52954423	- 3224162968		Si	
14							
15							

Zamaie - Encuesta ASP

9 AM.

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Patricia Ramirez

Documento: 35457895 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Patriciaramirez Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Sharon Cuya

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foroclinica.com

9AM

KIT ✓

Damaie - Encuesta ASP

MAM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andrea Paola Santos D

Documento: 1032420515 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Paola Santos Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMMANUEL OLIVEROS P.

Firma: EMMANUEL Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Felocidad.com

Jamaie - Encuesta ASP

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Martha Olarte

Documento: 52 204 403 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: [signature] Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociudad.com

Kit

Res.

OK

[signature]

Damaie - Encuesta ASP
9 AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yolanda Angarita .

Documento: 41754734 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yolanda Angarita Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: Fecha: 21/04/2026

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: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociclico.com

YAH.

KIT

KAP

Daniela - Encuesta ASP
9AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lucero Ramirez Ruiz

Documento: 52.157273 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danahe Dohara Aguirre C.

Firma: Danahe Aguirre C Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foodvida.co

9AM

Kit ✓

Ref ✓

Daniela - Encuesta ASP
9AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Pilar Ledesma

Documento: 52242113 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María del Pilar Fecha: 2/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yeleen 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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocivica.com

Yeleen
Kit ✓
Ref ✓

Damaje - Encuesta ASP
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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Teresa Mejía Gallego

Documento: 34058810 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: TERESA MEJIA Fecha: 01/21/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argelez

Firma: Dimitri Argelez Fecha: 01/21/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forodivica.co

Daniela - Encuesta ASP
9AH

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ingrid Moreno

Documento: 28152399 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ingmoreno Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@favoclinica.com

T&M

Kit ✓

Ref ✓

Daniela - Encuesta ASP 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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cielo garzon

Documento: 52006710 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cielo Garzón Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: Fecha: 21/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foxclub.com

9DM.

Kit ✓

Ref. ✓

Pantalla - Encuesta ASP 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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Milena Pineda B

Documento: 52936490 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Pineda Fecha: 21/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 21/04/2026

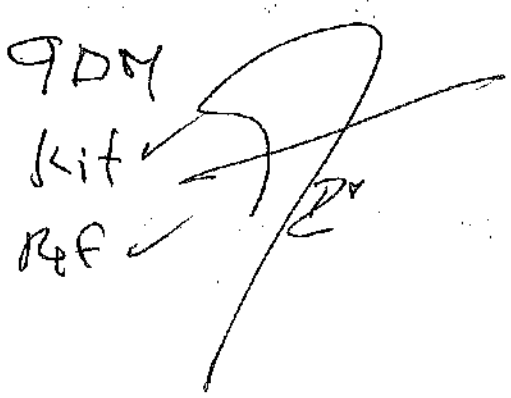
Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fonaciviles.co



Pantalla - Encuesta ASP 9AM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Betty Giraldo

Documento: 52'740709 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Betty Giraldo Fecha: 21 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Amzpolz

Firma: Amzpolz. Fecha: 21/4/2026

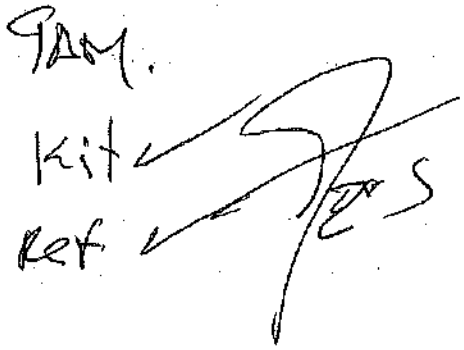
Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fenoxia.com



Pamale - Encuesta ASP

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Vanessa Carpa

Documento: 1023885098 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Vanessa Carpa. Fecha: 21 / / 2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: 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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Pantalla - Encuesta ASP 9AM

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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Henny marlen Gonzalez

Documento: 52954423 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 21/04/2026

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: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: Contacto@Solucion.co

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20 - abril - 2026

LUGAR: Olimpo - Santa Fe - Encuesta ASP

OBSERVACIONES: 2:00pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Adriana Gomez	cc.	51796172	3223248887 -		Si	adriana gomez
2	Yenny Mojos	C.C	1012403317	-3223783628		Si	Yennyfrelunca
3	Andrea Rodriguez	C.C	52823358	- 3115622103		Si	Andrea Rodriguez.
4	Smith Gomez	C.C	52522433	- 3214882328		Si	Smith Gomez
5	Marina Leon	CC.	21219629	- 3204411642		Si	Marina Leon Moreno
6	Sandra Patricia Yara	C.C.	52966268	- 3132475089		Si	Sandra
7	Katerin Castillo	CC	1033715638	- 3209390856		Si	Katerin Castillo.
8	Maria Fernanda	C.C	1.5572134	- 3216926220		Si	maria fernanda
9	Diana Isabel Castillo	C.C.	53003316	—3208546197		Si	Diana Castillo
10	La Flaka	CC	1118721152	-	—	Si	La flaka
11	Ana Ovalle	C.C	32107923	- 3115531771		Si	Ana Ovalle
12	Luz Mery Mendez	C.C	29229972	- —3159458558—		Si	Luz Mery Mendez
13	Jennifer Fonte	C.C	1024578120	- 3214348853		Si	Jennifer Fonte
14							
15							

2 PM

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: ADRIANA GOMEZ

Documento: 51996192 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: A. Driana gomes Fecha: 30/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS P

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 30/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@[illegible]

2pm.

left

2801
32-1 SC

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yeneslunez Deuca

Documento: 1.012403317 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yeneslunez D Fecha: 20/4/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fonoaudio.co

ZPM Sexuales

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andrea Rodriguez

Documento: 52823358 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocivico.com.

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Smith Gomez

Documento: 52522433 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Smith Gomez Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fotocivica.co

2 Pm.

Kit V

Salud 28

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Marina Leon

Documento: 21219629 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny coronel

Firma: [signature] Fecha: 20/04/2026

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: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fundacion.co

[signature]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sandra Patricia Yanez

Documento: 52966228 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sandra Fecha: 20/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danche Aguirre Pinzon

Firma: Danche Aguirre P Fecha: 20/01/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138118110

Correo electrónico: Contacto@Sococola.com

2pm.

Kil

2PM
5 2 4 2 5e

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Katerin castillo

Documento: 1023715638 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 20/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fundacion.com

2pm

Kit ✓

Sedase
2pr

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: María Fernanda

Documento: 1557213 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: María Fernanda. Fecha: 01/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Argeloz

Firma: Dimitri Argeloz Fecha: 01/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@polaciclo.com

2pm.

Kit

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Diana Isabel Camillo.

Documento: 53003316 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Diana Camillo Fecha: 1/1/2026

Nombre del/la encuestador/a: (Diana Camilo)

Firma: Marlen Espitia Fecha: 20/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fotoeluio.co

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Li flaka

Documento: 111.872.152 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Li flaka Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabella Suarez Bernal

Firma: [signature] Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Sucodaia.com

[signature]

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Ana Ovalle

Documento: 32607923 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Ovalle Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foraclvico.co

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Mary Mendez

Documento: 29229977 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LUZMERY MENDEZ Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tobo

Firma: Yolanda Tobo Fecha: 20/04/2026

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: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Sumo.co

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jennifer Fuentes

Documento: 1024518120 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jennifer Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominica Claire

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antuono

Coordinador de campo

Celular: 3138518170

Correo electrónico: Contacto

2pm.

Kit.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20-abril-2026

LUGAR: Olimpo Lab - Santafe – Encuesta ASP.

OBSERVACIONES: 11AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Angela Molina.	C.C.	52130687	3203582754		Si	
2	Nancy Rodriguez	C.C.	52009042	3143739893		Si	
3	Mery Castellanos	C.C.	41735801	3123413344		Si	
4	Hegda Salcedo	C.C.	20995215	3136390270		Si	
5	Cindy Paola Angel	C.C.	1026272172	-3118818590		Si	
6	Paloma	C.C	1006794963	-3223826857		Si	
7	Eva Jimenez	C.C.	1149637039	-3204048443		Si	
8	Cecilia Tuizua	C.C	40505126	-3209479753		Si	
9	Jasbleidy Gonzalez	C.C	52498535	-3245436795		Si	
10	Xiomara Tuizua	C.C	53119406	-3205394971		Si	
11	Emelyna Rocha	C.C.	51771927	-3125958900		Si	
12	Myriam Rodriguez	C.C	51542522	-3152405271		Si	
13							
14							
15							

IDIPRON IDRD +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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Angela Molina

Documento: 53120488 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Angela Molina Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Albert de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fazcolab.com

IIDM.
Kit
OK.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nancy 3143739893

Documento: 52009042 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Nancy Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS

Firma: EMPERATRIZ. Fecha: 20/04/2026

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: Alirio Ramos

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: _____

Santafe - E-ASP
1154

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Mery Castiblanco

Documento: 41735809 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mery Castiblanco Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 20/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Contact@Folacelula.com

IIDM.
Kit
OK.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Magda Salcedo Rivas

Documento: 20945215 Tipo: ☒ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Stanley Clare

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@[illegible]

IIBM.
kit

Santa Fe. EASP. IIAP

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Cindy Paola Angel Ortega

Documento: 1026277217 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cindy Angel Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenet Coronel

Firma: Jenet Coronel Fecha: 20/04/2026

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: Alberto Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: contacto@focodata.com

IIDM.

Kit

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: PALOMA

Documento: 1006794777 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: PALOMA Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anuska Suarez Bernal

Firma: Anuska Suarez Fecha: 20/04/2026

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:

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Ilam.

Kite

ZVS

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Eva Jimenez

Documento: 1149 4370 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Eva Jimenez Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda Torres Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fahecidica.com

11

6

Localidad de Santafe Encuesta 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: Cecilia Triana Silva.

Documento: 40509126 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Cecilia triana silva Fecha: 04/20/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Foracolica.com

5

Encuesta ASP | Santafe

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jasbleidy Gonzalez A.

Documento: 52.498535 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forecialab.com

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: LIOMARA TRIANA

Documento: 53119406 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/ 04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI Fecha: 20/04/2026

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: [illegible]

Coordinador de campo

Celular: 3133518110

Correo electrónico: [illegible]@[illegible].co

1/04

KH

Bantse - ASP
IIAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Emelina Hoshac

Documento: 51771927 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Emelina Hoshac Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Daniela Aguirre Quintero

Firma: DanielaAguirreQ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fsocioluca.com

IIAM.

KH

27 S

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Yazmin Rodriguez

Documento: 57 142542 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Yazmin Rodriguez Fecha: 20/04/2026

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: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Cantzdb@fundacion.com

IIAM

kit.

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 20 - Abril - 2026

LUGAR: Olimpolab - Avda Caracas #20-15 - ENCUESTA ASP.

OBSERVACIONES: 9AM.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Jessica Jeanor Cuberos	CC	1014230669	3208450880	Sarvalentina@gmail.	Si	Jessica Cuberos
2	Katherin Segueda	CC	22549996	3102285002	Katherinsegueda@gmail.	SI	
3	Stefenny Cadiz	CC.	30766100	3228125962	—	SI	ESTEFANY CADIZ
4	Esperanza	CC	51966855	3206390782	—	SI	Gabriel
5	Vilma Penaza	C.C.	1032377325	3208631789	—	SI	No sabe firmar
6	Erika bello	C.C.	52438212	3133609019		SI	Erika E. Bello
7	Gloriz stella Rivera	CC.	52023809	3208822201	—	SI	Gloria stella rivera.
8	Maricela Mendoza	C.C.	52465492	3127071836	—	SI	Yanimarlesa Pena
9	Luz Esperanza	CC.	30301182	3124697887	—	SI	Luz Esperanza
10	Anabella Diaz	C.C.	21019258	3102816213		SI	Ana Diaz.
11	Cindy Tatiana Calderon	C.C.	1023882710	3223900504	—	SI	
12	Alexandra Amaya	C.C.	1010237096	3022567225	—	SI	Alexandra Amaya
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Santafe - W. Ase

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jessica Leonor cuberos ramirez

Documento: 1014230669 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Jessica cuberos Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a:

Firma: Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Sanciva.com.

9 AM.

Kit. ✓

Santafe- Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Katarin Sequeda

Documento: 22549996 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Danube Aguirre Quintero

Firma: Danube Aguirre Quintero Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio 6

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociviico.com

9am

Kit.

Ok

Localidad de Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Stefani Castro

Documento: 32.766100 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Stefani Castro Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel.

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@foraclulco.com

9AM

Kit ✓

Ste 2

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Esperanza

Documento: 51964855 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Esperanza Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocloico.com

Tablet 6

Kit. ✓

Santafe- Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Vilma pedraza

Documento: - Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: No firma Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS

Firma: EMPERATRIZ O. Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foxcivica.com

98 m

Kit.

ok. ✓

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Erica Eloisa Pardo

Documento: 52438212 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Erika E. Bello Fecha: 26/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sanchez

Firma: _____ Fecha: 26/04/2026

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: Alberto De Antonio S.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forociaica.com

9DM.

Kit.

OK

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Estela Riveros.

Documento: 52023401 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Gloria stella Rivet Fecha: 20/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia A.

Firma: _____ Fecha: 20/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@parocioico.com

YEM.

Kit

OK

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Jany Mendoza

Documento: 52 995482 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Tobar

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@faradvico.com

9AM.

KH.

OK

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Esperanza.

Documento: 30301182 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LuzEsperanza Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMÍ ARGUELLO

Firma: ARAMÍ ARGUELLO Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Contacto@Feacicuico.com

9DM.

Kit

OK

Santafe - Encuesta 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

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Diaz.

Documento: 24018258 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Ana Diaz. Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anapola Suarez Bernal.

Firma: Anapola Suarez Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@foraciaca.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

1. Santafe - Encuesta Ase.

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Tatiana Calderón

Documento: 1023882730 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 09/20/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Nolves Argelis

Firma: _____ Fecha: 09/20/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@foreciviico.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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Alesandra Anaya

Documento: 1010237096 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Alesandra A. Fecha: 20/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Romulch Claire

Firma: _____ Fecha: 20/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138519110

Correo electrónico: Contacto@forocivica.com

ENCUESTAS ASP.

CANDELARIA

6

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 16 - Abril - 2026

LUGAR: CDC - Lourdes - Candelaria

OBSERVACIONES: ENCUESTA autopercepción salud - ASP

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Juan Carlos Castellanos.	CC	79702559	3045419178	Juancarlos Castellanos.o	X	
2	Betsy Rios	CC	52031597	3138202558	Betsyriosterver56@gmail.com	X	Betsy Rios
3	Gladys Zorate	CC	51871752			X	Gladys Zarate
4	Marta. Gutierrez	CC	41782528	322 842 9351	Martha@email.com	X	Marta Gutierrez
5	Sharick Beltran	CC	1012394209	302413 2210	" "	X	
6	Flor Marina Chanta	C.C	41615465	313 288 32 82		X	Flor Marina Chanta
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

+MAS Bienestar

SECRETARÍA DE SALUD

Candelaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Imelda Gutierrez

Documento: 42782528 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/09/2026

Nombre del/la encuestador/a: Jenny Coronel

Firma: _____ Fecha: 16/09/2026

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: Alberto De Antonio Gomez

Coordinador de campo

Celular: 3138318110

Correo electrónico: Contacto@fonaclud.com

Czndelzhz.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Gladys Zuate

Documento: 51871737 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Marlen Espitia M.

Firma: Gladys Zuate Fecha: 16/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fonoclinico.com

16 - Abril/26

Candelaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Betsy Ruiz

Documento: 52.077597 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Betsy Ruiz Fecha: 16/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ 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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Faradvica.com

16-04/26 Cundelzia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Sharick Tatiana Beltran.

Documento: 1012394209 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Sharick B. Fecha: 16/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Victoria Sanchez

Firma: [signature] Fecha: 16/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@Soluciva.com

16-04-26

Cubelza

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi 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 Carlos Castellanos

Documento: 79702559 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 6 / 04 /2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 6 / 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: Alberto Bautista C.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forocido.com

Czndelariz

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Flor Marina Chavita

Documento: 41615965 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 16/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amalia Suarez Bernal

Firma: _____ Fecha: 16/04/2026

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: Alberto de Antonio García

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: contacto@fundela.com

ENCUESTAS

ASP

SAN CRISTOBAL

6

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 15/04-2026

LUGAR: San Cristobal - Fundación LXS LOCXS

OBSERVACIONES: 6 encuestas

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONCIMIENTO	FIRMA
1	Danna Martinez					Si	Danna Martinez
2	Andrea correa	c.c.	79460565	3144047444	andreacorrea2504@gmail.com	Si	
3	Mauricio Casanova	CC	1218275804	3024101193	mauro-15-xd@hotmail.	Si	
4	Jenny Ramirez	CC	320	324345	jennyjohana ramirezberrio6@gmail.com	Si	Jenny Ramirez
5	Alexandra Perez Velez	cc	1085933832	3202383670	Perez1308perez@hotmail.	Si	
6	Gladys Berrio	CC	43130771	3118845971	NA	Si	Gladys Berrio
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
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: Mauricio Casanova

Documento: 1218215004 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Mauricio Casanova Fecha: 15/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Torres

Firma: Yolanda T. Fecha: 15/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@forodelsur.co

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA, CONDICIONES OCUPACIONALES Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON ENFOQUES POBLACIONAL, DIFERENCIAL Y DE GÉNERO

Usted está siendo invitado (a) a participar en un estudio de investigación apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y desarrollado por la Fundación Foro Cívico. El estudio tiene como objetivo conocer el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.
Es probable que al finalizar la encuesta se le solicite dar un testimonio voluntario en video y tomar una fotografía, usted puede decidir si lo realiza o no.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ Entiendo que al finalizar la encuesta me pueden pedir contar mi experiencia respondiendo la encuesta en video o tomar fotografías y que es mi decisión si lo realizo.

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Audrea Correa

Documento: 24410365 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 15/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: DOMINICK Claire

Firma: _____ 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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@falsacita.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: Danna martinez

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Danna martinez Fecha: __/__/2026

Nombre del/la encuestador/a: ARAMI ARGUELLO

Firma: ARAMI ARGUELLO Fecha: 15/04/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: calecto@sc.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 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: Alexandra Perez Velez

Documento: 1085938832 Tipo: ☑ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 15/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vic Ky Santana

Firma: _____ Fecha: 15/04/2026

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: Alberto de Anto

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: Claudia Ramirez

Documento: 52200986 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Claudia ramirez Fecha: 15/01/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Dolores Argelis

Firma: Dimi Fecha: 15/01/2026

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: Alberto De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fc.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: Gladis B. Rujet

Documento: 41307118 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Gladys Berrio Fecha: 15/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dinate Aguirre Montero

Firma: Danate Aguirre Fecha: 15/04/2026

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: Dilia De Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contact@sc.c

Pilotaje

15 E - ASP

AQUÍ SÍ PASA BOGOTÁ MI CIUDAD MI CASA

BOGOTÁ

REGISTRO Y CONTROL DE ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS

FECHA: 7 de abril de 2026 – Pilotaje Encuesta ASP.

LUGAR: Centro de Desarrollo Comunitario Lourdes – Santa Fe

OBSERVACIONES: 15 encuestas

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC ID. CC / CE	NÚMERO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE RECONOCIMIENTO	FIRMA
1	Dora CHULON	CC	21701142	3176789429	N/A	Si	DORY
2	Carmelina Gonzales	CC	53140672	3079457756	N/A	SI	Garmelina
3	Graciela jimenez	CC	30293776		N/A	SI	Graciela jimenez
4	Isela Luz	CC	2865607	-	NA	SI	
5	Amparo Zoa.	CC	1026267955	3229364382	NA	SI	Luz amparo Zoa
6	Ilda Montano	CC	51972762		NA	SI	Ilda.
7	Doralba Cataño	CC	43662686	3148010677	NA	Si	Doralba Cataño
8	Luz Dary Campos	CC	52935091	NA	NA	Si	LUZA
9	claudia muñoz	CC	52200901	3118690198	NO	Si	
10	Claudia Jaramillo	CC	51902770		NO	SI	claudia jaramillo
11	Koral Snish Córdoba A	CC	1003985666	3003556385	N/A	SI	
12	Lorena Reyes Carrera	CC	79630680	3044592101	N/A	Si	Lorena Reyes
13	EVELYN Vargas	CC	1019791790		NO	SO	EVELYN
14	Donna castiblanco	CC	53879945	3118636137	NO	SI	
15	Andre Marith Ruton	CC	1.022463.	3112553527.	N/A.	SI	

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Karina Castiblanco

Documento: 53874945 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yorlen Espitia Angel

Firma: _____ Fecha: 07/04/2026

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: Nilda De Arbulo G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fundacion.com

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Lorena Reyes Cabrera

Documento: F9630680 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Lorena Reyes Cabrera Fecha: 7/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPRENTAMOS OLIVEROS

Firma: Lorena Reyes Cabrera Fecha: 7/4/2026
EMPRENTAMOS OLIVEROS

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DANIEL CEBALLOS

Coordinador de campo

Celular: _____

Correo electrónico: _____

(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 autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, con el fin de aportar información que permita mejorar programas y acciones en salud de dicha población.

Si acepta participar, usted puede ser invitado a contestar preguntas de opción múltiple o a participar de entrevistas o grupos de trabajo. En estos espacios se le harán preguntas sobre sus condiciones de vida, trabajo, salud física y emocional, y prácticas de cuidado y autocuidado. Algunas preguntas pueden resultar sensibles; sin embargo, usted puede no responder aquellas que le generen incomodidad.

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga consecuencias negativas ni afecte su acceso a servicios de salud u otros apoyos.

La información que usted brinde será tratada de manera confidencial. No se registrará su nombre en los resultados y los datos serán protegidos conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los resultados del estudio se presentarán de forma agrupada, sin identificar a ninguna persona.

Este estudio no implica riesgos físicos. Los posibles riesgos están relacionados con la incomodidad emocional que pueden generar algunas preguntas. En caso de sentirse incómodo (a), puede solicitar una pausa o finalizar la entrevista.

No recibirá compensación económica por su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Manuel Santiago Córdoba A

Documento: 1003927566 Tipo: ☑ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Ospina

Firma: _____ Fecha: 07/04/2026

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: Alberto De Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3139518110

Correo electrónico: Contacto@fonoaia.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Andre Marith Plutoi

Documento: 1.027 40 [illegible] Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Amapola Suarez

Firma: [signature] Fecha: 07/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@forocivica.co

[signature]

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: EVELYN CAMILA Vargas

Documento: 1072917740 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: EVELYN Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Jaudeau

Firma: _____ Fecha: 07/04/2026

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: Alberto De Antonio C

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fotocivio.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Amparo Rua.

Documento: 1026267513 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Luz amparo Rua. Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Mary Jenny Coronel.

Firma: Mary Jenny C. Fecha: 07/04/2026

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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3173518110

Correo electrónico: contacto@fosunlab.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Patricia Jaramillo

Documento: 31947770 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: claudia jaramillo. 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: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fotocicla.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☐ Entiendo de qué se trata el estudio

☐ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☐ Sé que mi información es confidencial

☐ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Elda Montaña

Documento: 51972757 Tipo: ☐ CC ☑ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: No Firma Fecha: 7/03/2026

Nombre del/la encuestador/a: Vicky Sancha

Firma: Fecha: 7/3/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Donal coran.

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☐ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Nayeco Chacon/Dora Chacon

Documento: 29.791.442 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: [signature] Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Samantha Garcia

Firma: [signature] Fecha: 07/04/2026

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: Alberto de Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: contacto@fobaiica.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Doris

Documento: 43662686 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Doris Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Anabela Suarez Bernal

Firma: Anabela Suarez Fecha: 07/04/2026

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: Alberto de Antonio.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Director@foroCivico.com.

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Iela Luz Gracia

Documento: 28656607 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: *Iela Luz G Fino Fecha: 7/4/2026

Nombre del/la encuestador/a: Yolanda Toro

Firma: Yolanda Fecha: 7/4/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: Alberto De Antonio G

Coordinador de campo

Celular: 3138519170

Correo electrónico: Coutada@fabaciala.co

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Luz Dary Campos

Documento: 52965071 Tipo: ☒ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: LUZ DA Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dimitri Dolores Argeluz

Firma: Fecha: 07/04/2026

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: Alberto de Antonio

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: director@forocivico.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☒ Entiendo de qué se trata el estudio

☒ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☒ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☒ Sé que mi información es confidencial

☒ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Graciela jimenez

Documento: 30973776 Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: Graciela jimenez Fecha: 7 / 3/2026

Nombre del/la encuestador/a: EMPERATRIZ OLIVEROS

Firma: EMPERATRIZ Fecha: 7 / 3/2026

Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto puede comunicarse con el Coordinador de Campo correspondiente cuyos datos de contacto se proporcionan a continuación. También se le proporcionará una copia de este consentimiento informado firmado para que la conserve.

Nombre: DANIEL CERON

Coordinador de campo

Celular: 3022382248

Correo electrónico: contacto@foroCivico.com

(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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Carmelina Gonzalez

Documento: _____ Tipo: ☐ CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella Carmelina Fecha: 07/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Camille Londoño

Firma: _____ Fecha: 07/04/2026

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: Alberto De Antonio G.

Coordinador de campo

Celular: 3138518110

Correo electrónico: Contacto@fazadigia.com

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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

☑ Entiendo de qué se trata el estudio

☑ Pude hacer preguntas y me las respondieron

☑ Sé que es voluntario y puedo retirarme cuando quiera

☑ Sé que mi información es confidencial

☑ ACEPTO participar voluntariamente

Nombre del/la participante: Claudia Patricia muñoz

Documento: 52.200.901 Tipo: ☐ CC ☒ CE ☐ Pasaporte ☐ PPT

Firma o huella: _____ Fecha: 04/04/2026

Nombre del/la encuestador/a: Dominick Stanley Claire

Firma: _____ Fecha: 04/04/2026

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: Alberto De Antonio G.
Coordinador de campo
Celular: 3138518110
Correo electrónico: contacto@fotociclico.com