



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

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA									
Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021									
¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta									
GENERALIDADES DE LA ENCUESTA									
1. Fecha de aplicación de la encuesta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Hora de inicio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
3. Tipo de documento de identificación del encues CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>									
4. Número del documento de identificación del encuestador: <input type="text"/>									
DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR									
5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO <input type="checkbox"/> 5.2 SI <input type="checkbox"/> 5.2.1 Cuál? <input type="text"/>									
6. Departamento de residencia: <input type="text"/> (tabla)									
7. Municipio de residencia: <input type="text"/> (tabla)									
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 8.2 Centro poblado <input type="checkbox"/> 8.3 Rural disperso <input type="checkbox"/>									
9. Tipo documento 9.1. CC <input type="checkbox"/> 9.2. CE <input type="checkbox"/> 9.3. TI <input type="checkbox"/> 9.4. PA <input type="checkbox"/> 9.5. CD <input type="checkbox"/> 10. Número de documento <input type="text"/> 11. Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
12. Primer apellido <input type="text"/> 13. Segundo apellido <input type="text"/> 14. Primer nombre <input type="text"/> 15. Segundo nombre <input type="text"/>									
16. Dirección residencia <input type="text"/>									
16.1 Barrio <input type="text"/> 16.2 Centro Poblado <input type="text"/> 16.3 Vereda <input type="text"/>									
16.4 Localidad <input type="text"/> 16.4.1. Número de la localidad <input type="text"/> 16.5 Comuna <input type="text"/> 16.5.1. Número de la comuna <input type="text"/>									
17. Teléfono fijo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 17.1 Teléfono celular <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
17.2 Teléfono vecino <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 17.3. Correo electrónico <input type="text"/>									
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS									
18. Sexo 18.1 M <input type="checkbox"/> 18.2 F <input type="checkbox"/> 19. ¿Cuál es su estado civil actual? 19.1 Casado <input type="checkbox"/> 19.2 Soltero <input type="checkbox"/> 19.3 Viudo <input type="checkbox"/>									
19.4 Unión libre <input type="checkbox"/> 19.5 Separado <input type="checkbox"/>									
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?									
20.1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 20.3 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 20.5 Técnico <input type="checkbox"/> 20.7 Universitario incompleto <input type="checkbox"/> 20.9 Ninguna <input type="checkbox"/>									
20.2 Primaria completa <input type="checkbox"/> 20.4 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 20.6 Tecnológico <input type="checkbox"/> 20.8 Universitario completo <input type="checkbox"/> 20.10 Otro <input type="checkbox"/>									
20.10.1 ¿Cuál? <input type="text"/>									
21. Años de escolaridad aprobados: <input type="text"/>									
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1. SI <input type="checkbox"/> 22.2. NO <input type="checkbox"/> 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie <input type="checkbox"/>									
23.2 Con el cónyuge <input type="checkbox"/> 23.3 Con otros <input type="text"/>									
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? <input type="text"/> 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? <input type="text"/>									
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena <input type="checkbox"/> 26.2 Afro colombiano <input type="checkbox"/> 26.3 Negro <input type="checkbox"/> 26.4 Raízal <input type="checkbox"/>									
26.5 ROM <input type="checkbox"/> 26.6 Mestizo <input type="checkbox"/> 26.7 LGBTI <input type="checkbox"/> 26.8 Otro <input type="checkbox"/> 26.8.1 ¿Cuál? <input type="text"/>									
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado <input type="checkbox"/> 27.2 Desmovilizado (pasar pregunta 29) <input type="checkbox"/>									
27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) <input type="checkbox"/> 28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica <input type="checkbox"/> 28.2 Desastre natural <input type="checkbox"/> 28.3 Cambio climático <input type="checkbox"/>									
28.4 Otro <input type="text"/> 28.4.1 ¿Cuál? <input type="text"/>									
DATOS SOCIOECONÓMICOS									
29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?									
29.1 Agricultura <input type="checkbox"/> 29.2 Ganadería <input type="checkbox"/> 29.3 Pesca <input type="checkbox"/> 29.4 Silvicultura <input type="checkbox"/> 29.5 Minería <input type="checkbox"/> 29.6 Comercio <input type="checkbox"/> 29.7 Manufactura <input type="checkbox"/>									
29.8 Artesanía <input type="checkbox"/> 29.9 Construcción <input type="checkbox"/> 29.10 Metalmecánica <input type="checkbox"/> 29.11 Transporte <input type="checkbox"/> 29.12 Otra <input type="checkbox"/> 29.12.1 ¿Cuál? <input type="text"/>									
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)									
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación									
31.1 Barrio <input type="text"/> 31.2 Centro Poblado <input type="text"/> 31.3 Vereda <input type="text"/>									
31.4 Localidad <input type="text"/> 31.4.1. Número de la localidad <input type="text"/> 31.5 Comuna <input type="text"/> 31.5.1. Número de la comuna <input type="text"/>									
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI <input type="checkbox"/> 32.2 NO <input type="checkbox"/>									
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación 33.1 Propio <input type="checkbox"/> 33.2 Arrendado <input type="checkbox"/> 33.3 Otro <input type="text"/> 33.3.1 ¿Cuál? <input type="text"/>									
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)									
34.1 Energía <input type="checkbox"/> 34.2 Acueducto <input type="checkbox"/> 34.3 Alcantarillado <input type="checkbox"/> 34.4 Teléfono fijo <input type="checkbox"/> 34.5 Teléfono móvil <input type="checkbox"/> 34.6 Gas <input type="checkbox"/>									
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que 35.1 SI <input type="checkbox"/> 35.2 NO <input type="checkbox"/>									
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años <input type="text"/> 36.2 Meses <input type="text"/>									
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera 37.1 Ambulante <input type="checkbox"/> 37.2 Estacionaria <input type="checkbox"/> 37.3 Semiestacionaria <input type="checkbox"/>									
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna <input type="checkbox"/> 38.2 Nocturna <input type="checkbox"/> 38.3 Mixta <input type="checkbox"/>									
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? <input type="text"/>									
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo <input type="checkbox"/> 41.2 Un salario mínimo <input type="checkbox"/> 41.3 Más de un salario mínimo <input type="checkbox"/>									
SEGURIDAD SOCIAL									
42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI <input type="checkbox"/> 42.2. NO <input type="checkbox"/> 42.3. No sabe <input type="checkbox"/>									
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo <input type="checkbox"/> 43.2. Subsidiado. <input type="checkbox"/> 43.3. Exceptuado o de excepción <input type="checkbox"/> 43.4. Especial <input type="checkbox"/>									
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante <input type="checkbox"/> 44.2. Beneficiario <input type="checkbox"/>									
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? <input type="text"/>									
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI <input type="checkbox"/> 46.2. NO <input type="checkbox"/> 46.3. No sabe <input type="checkbox"/>									
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? <input type="text"/>									
ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA									
48. ¿Cuál es su peso? <input type="text"/> kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura? <input type="text"/> centímetros									
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI <input type="checkbox"/> 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)									
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? <input type="text"/> horas									
53. ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI <input type="checkbox"/> 53.2. No. (Pasar pregunta 56)									
54. ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? <input type="text"/> meses									
55. ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? <input type="text"/>									
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI <input type="checkbox"/> 56.2. No. (Pasar pregunta 58)									
57. ¿Con qué frecuencia lo ha 57.1 Diario <input type="checkbox"/> 57.2 Semanal <input type="checkbox"/> 57.3 Quincenal <input type="checkbox"/> 57.4 Ocasional <input type="checkbox"/>									
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI <input type="checkbox"/> 58.2. No. (Pasar pregunta 60)									
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): <input type="text"/>									
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI <input type="checkbox"/> 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)									
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario <input type="checkbox"/> 61.2. Semanal <input type="checkbox"/> 61.3. Quincenal <input type="checkbox"/> 61.4. Ocasional <input type="checkbox"/>									

CONDICIONES DE SALUD						
62. Diría usted que en general su salud es 62.1 Excelente <input type="checkbox"/> 62.2 Muy buena <input type="checkbox"/> 62.3 Buena <input type="checkbox"/> 62.4 Regular <input type="checkbox"/> 62.5 Mala <input type="checkbox"/>						
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros) 63.1 SI <input type="checkbox"/> 63.2 NO <input type="checkbox"/>						
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI <input type="checkbox"/> 64.2 NO <input type="checkbox"/>						
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo? 65.1 SI <input type="checkbox"/> 65.2 NO <input type="checkbox"/>						
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? <input type="text"/> días						
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades? 67.1 Trabajo <input type="checkbox"/> 67.2 Hogar <input type="checkbox"/> 67.3 Otro <input type="checkbox"/>						
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? <input type="text"/>						
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?						
69.1 Accidente común <input type="checkbox"/> 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación <input type="checkbox"/>						
69.3 Enfermedad común <input type="checkbox"/> 69.3.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación <input type="checkbox"/>						
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI <input type="checkbox"/> 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)						
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la						
Lesiones ocasionadas		SI	NO	Lesiones ocasionadas		SI NO 71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura				71.9 Quemadura		
71.2 Luxación				71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida				71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientevenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
71.4 Trauma interno				71.12 Asfixia		
71.5 Amputación				71.13 Efecto de la electricidad		
71.6. Herida				71.14 Efecto nocivo de la radiación		
71.7 Trauma Superficial				71.15 lesiones múltiples		
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento				71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)		
72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)						
Partes del cuerpo afectada		SI	NO	Partes del cuerpo afectada		SI NO 72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello				72.7 Manos		
72.2 Ojos				72.8 Miembros inferiores		
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis				72.9 Pies		
72.4 Torax				72.10. Ubicaciones múltiples		
72.5 Abdomen				72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7		
72.6 Miembros superiores						
73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)						
Causas del accidente (agente)		SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)		SI NO 73.12.1 ¿Cuál?
73.1 Máquinas y/o equipos				73.8 Caídas de personas		
73.2 Medios de transporte				73. 9 Caídas de objetos		
73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios				73.10 Pisadas, choques o golpes		
73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones				73.11 Atrapamiento		
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, 73.6 otros agentes no clasificados				73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi		
73.7 Agentes no clasificados				73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema		
				73.14 Exposición o contacto con la electricidad		
				73.15 Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
				73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)		
74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI <input type="checkbox"/> 74.2 NO <input type="checkbox"/> (Pasar pregunta 75)						
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?						
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?						
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?						
77.1 Hospital <input type="checkbox"/> 77.2 Puesto de salud <input type="checkbox"/> 77.3 Farmacia <input type="checkbox"/> 77.4 Consultorio particular <input type="checkbox"/> 77.5 Curandero <input type="checkbox"/>						
77.6 Usted mismo o la familia <input type="checkbox"/> 77.7 Ninguno <input type="checkbox"/> 77.8 Otro <input type="checkbox"/> 77.8.1 ¿Cuál? <input type="text"/>						
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? <input type="text"/> días						
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)						
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia <input type="checkbox"/> 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud <input type="checkbox"/>						
79.4 Otro <input type="checkbox"/> 79.4.1 ¿Cuál? <input type="text"/>						
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?						
80.1 SI <input type="checkbox"/> 80.2 NO <input type="checkbox"/> 81. ¿Cuál fue esa enfermedad? <input type="text"/>						
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición? 82.1 SI <input type="checkbox"/> 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)						
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial <input type="checkbox"/> 83.2 Motriz <input type="checkbox"/> 83.3 Mental <input type="checkbox"/>						
CONDICIONES DE TRABAJO						
84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:						
84.1 Muy seguro <input type="checkbox"/> 84.2 Seguro <input type="checkbox"/> 84.3 Poco seguro <input type="checkbox"/> 84.4 Muy inseguro <input type="checkbox"/>						
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)						
85.1. PELIGRO FISICO			85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL			
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)			85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)			
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)			85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)			
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)			85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)			
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)			85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)			
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)			85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)			
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)			85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)			
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)						

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD					
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)					
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)					
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)					
85.3.4 Rickettsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)					
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito					
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)					
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas					
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados					
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		85.6. PELIGRO QUÍMICO					
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigraavitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)					
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras					
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)					
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores					
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)					
85.7. PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES							
85.7.1 Sismo							
85.7.2 Terremoto							
85.7.3 Vendaval							
85.7.4 Inundación							
85.7.5 Derrumbe							
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)							
86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación? 86.1 SI <input type="checkbox"/> 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) <input type="checkbox"/>							
87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)							
87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OÍDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruído		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de					
87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en	
						87.8.8 Delantal plástico	
88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 88.1 Si <input type="checkbox"/> 88.2 No <input type="checkbox"/>							
89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo? 89.1 Si <input type="checkbox"/> 89.2 No <input type="checkbox"/>							
90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)							
90.1. Extintor <input type="checkbox"/>	90.2. Botiquín de primeros auxilios <input type="checkbox"/>	90.3. Rutas de evacuación <input type="checkbox"/>	90.4. Salidas de emergencia <input type="checkbox"/>				
90.5. Ninguna.							
91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quién acudir? 91.1 Si <input type="checkbox"/> 91.2 No <input type="checkbox"/>							
92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Incluir 92.1 Si <input type="checkbox"/> 92.2 No <input type="checkbox"/>							
93. En su opinión ¿el agua que consume en su lugar de trabajo es potable? 93.1 Si <input type="checkbox"/> 93.2 No <input type="checkbox"/>							
94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1 Si <input type="checkbox"/> 94.2 No <input type="checkbox"/>							
95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos? 95.1 Si <input type="checkbox"/> 95.2 No <input type="checkbox"/>							
Hora de terminación: <input type="text"/>							
Nombre del Encuestado: _____							
CC: _____							
Firma del Encuestador: _____							