ESE HOSPITAL SAN RAFAEL [665720081601]

NIT 891.409.025-4
Calle 4 con Carrera 5 Esquia - TELS: 3216363540 - FAX: . - MAIL: ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co
PUEBLO RICO, RISARALDA

R-FAST 8.1e

Cufe: 7e65be3f48585ee8507b0dbc9c75c5369e7e1fe8b6de924061b3a379d8c3b1a22ae2c6de63bf287cbc174686a605b01b

Fecha:	Miércoles, 7-Dic-2022
Fecha de radicación:	Miércoles, 7-Dic-2022
Cliente:	DEPARTAMENTO DE RISARALDA
NIT:	891480085-7
Dirección:	Calle 19 No 13 17
Teléfono(s):	3398300
Fax:	0
Correo electrónico:	john.soto@risaralda.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FO179149

Autorización de facturación según resolución DIAN 18764037434509 de 5-Oct-2022 al 5-Oct-2023, del FO 179082 al FO 179182
Fecha Recepción DIAN: 2022-12-07 15:08:04-05:00

Por concepto de prestación de servicios de salud a

Regimen:	Otro régimen
Periodo:	Desde el Sábado, 26-Nov-2022 hasta el Lunes, 5-Dic-2022
Descripción:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COLECTIVOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION DEL RESIGO DIRIGIDAS A LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO, ACORDE CON LOS LIENAMIENTOS Y ORIENTACIONES ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES 1841 DE 2013, 518 DEL 2015, 3280 DE 2018, DE 2021, PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

Forma de pago:	CREDITO TREINTA DIAS
	Vencimiento 6-Ene-2023

Total facturado :
Total copagos/cuota moderadora :
Total a pagar por la empresa :

Valor Total : **74,770,970.00**

Total en letras SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

HERMÁN DAGNOBER SÁNCHEZ HENAO
COORDINADOR DE FACTURACION
1087987380

JOSE ELIAS RUIZ CARDONA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
94431506

Firma Digital:

CUvRZzIwiAOgHY+m1zqfHrEAqtYXe6xkoerG27tOwuMb2JvvC+0A6bIiqpxgah89UdSkc+lOqKkPPRwUr4LwishBLWPUeaeRo7lWyUzb/tJ3HvA/zQaZg/4p9Ihm9sbKg
ymZlcVa3EvKz3Hvebhv+Y/53gmJYxqqAVWR7jUWI6M7Dywy/1llT/pvrQqDWEDkm1+HRZcUxpRHaj0uZZRtE3ac7uoUvVntYDDcgxLVISHLmZetTGlQnJqyDa+11xB
NQGix0HItee9rD+fIN9f/yoDRA8qvLjzb340pPyOx4HRPop0+tYXjedyjaRq+u9OX4VxD7q8JCs9Oni5j1ZhPYw==

	FORMATO PARA COMUNICACIONES EXTERNAS	Código: F-GD-07 Versión: 1 Fecha: 01-07-2020 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Art. 50 de la ley 789 de 2002)

Para dar cumplimiento a lo previsto con el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el Suscrito Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL, con Nit. 891409025-4, se permite certificar que la mencionada entidad ha realizado los pagos de Aportes de la Seguridad Social (salud, pensión, arl) correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses.

Para mayor constancia se firma en Pueblo Rico Risaralda, a los 7 días del mes de diciembre se de 2022

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA
Gerente

OSCAR JAMES OSORIO GAVIRIA
Contador Público
TP. 86652-T

Proyectó: José Elías Ruiz C.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OSCAR JAMES OSORIO GAVIRIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 4380304 de BALBOA (RISARALDA) Y Tarjeta Profesional No 86652-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 18 días del mes de Octubre de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

922

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.389.504

REPUBLICA DE COLOMBIA

OSORIO GAVIRIA

OSCAR JAMES

REPUBLICA DE COLOMBIA

22 DIC 1969

BALBOA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 A+ M

ESTATURA GS. RH SEXO

25 ABR 1988 BALBOA

REGISTRADOR NACIONAL

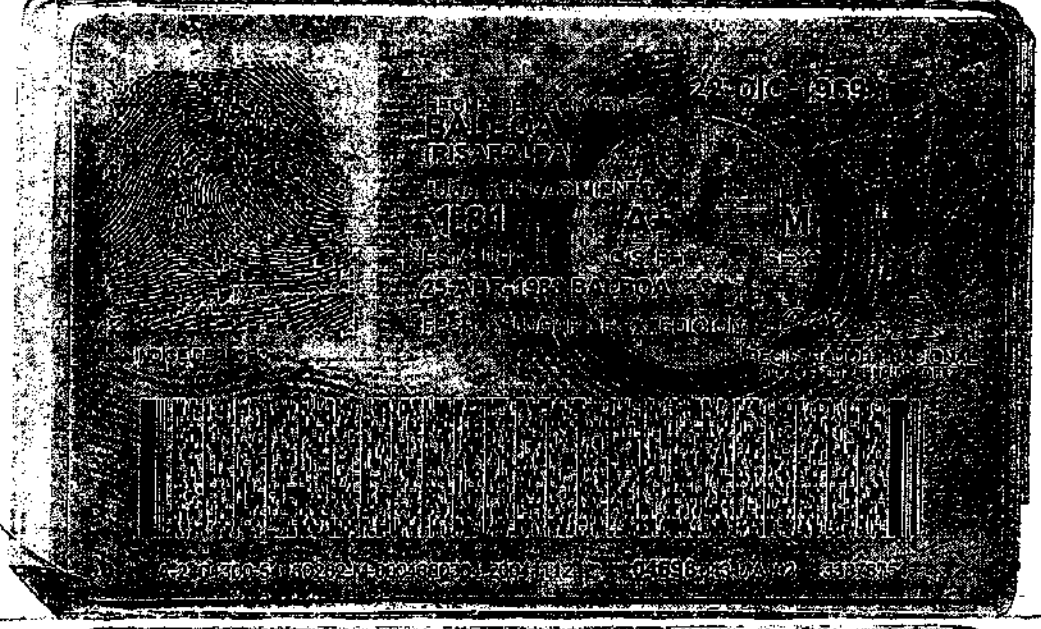
Republica de Colombia
Ministerio de Educacion Nacional

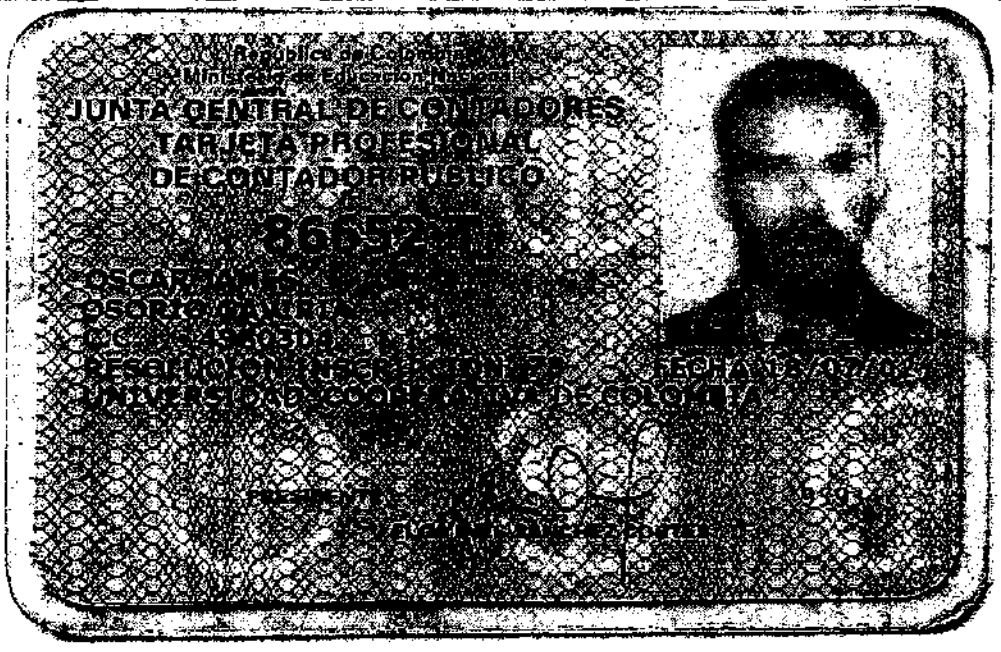
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

86652-T

OSCAR JAMES
OSORIO GAVIRIA
C.C. 4.389.504
RESOLUCION INSCRIPCION 78 FECHA 18/07/02
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE





	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaria de salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

Secretaría:	Secretaria de salud Departamental	**Dirección:**	Calle 4 con carrera 5. Pueblo Rico
Número del Contrato:	Contrato No interno 1843 SECOP II No CO1.PCCNTR.3992090 de fecha 07 de septiembre de 2022. Contratista ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO	**Informe No.:**	02
Periodo al que corresponde el presente informe:	DESDE NOVIEMBRE 26 DE 2022 HASTA 05 DE DICIEMBRE DE 2022	**Plazo de Ejecución:**	4 meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin exceder el 27 de diciembre de 2022.
Contratista:	E.S.E. Hospital San Rafael del Municipio de Pueblo Rico Risaralda	**Supervisor:**	John Jairo Soto Osorno

2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
1	El contratista se compromete a desarrollar las siguientes actividades: Realizar caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a 30 viviendas de los barrios identificados por el departamento, priorizando población afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas por la ESE, demanda inducida a las diferentes rutas y registro en el SISAP. Cantidad: 30 actualizaciones de la caracterización. Duración: Dos horas por actualización. Actividad realizada por: (Enfermero(a) + Coordinador PIC. Producto: Ficha técnica de la actividad, Ficha de caracterización actualizada, registro diario de llamadas, registro	100%	Se entrega acta de realización de la actividad, con registros asistenciales que muestran 30 intervenciones individuales; se revisa en medio magnético en la plataforma SISAP, la actividad se realizó entre el 1 y 25 de noviembre de 2022, en el municipio. Se registra en RIPS con el código 130001 correspondiente a CARACTERIZACIÓN DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR.	Actividad realizada 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda.			
7	"Realizar actividades de información a 200 personas dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia, población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y la intensificación de la aplicación de barniz de flúor, que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Proteoción Especifica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia	0%	N/A	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo informe.
8	"Soy Generación más Sonriente". IEC a 200 niños y/o cuidadores, sesiones de 30 minutos por persona. Cantidad: 200 personas con IEC. Listado de asistencia. Actividad por odontólogo y auxiliar de enfermería. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10304."	4%	Se entrega acta de la actividad; registro fotográfico de la actividad realizada y registros asistenciales, validando 57 actividades. La actividad se desarrolla en la zona urbana del municipio, en las fechas 27 y 28 de octubre; y 25 de noviembre. CODIGO I10304	Actividad realizada al 100%.
9	Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 videos cortos (1 a 5 minutos) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales. Producto personas con información. Cantidad 200. Actividad realizada por Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social. Difusión por comunicador social. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10304. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos	51%	Se entrega Acta de realización de la actividad en la que se describe metodología y contenido de las intervenciones educativas; adjunta registro fotográfico y registros asistenciales firmados con 41 beneficiarios, en actividades realizadas los días 29 de octubre, 2 y 19 de noviembre de 2022. CODIGO I10301	Actividad realizada al 51%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018. Cantidad: 300 Caracterizaciones en población mayor de 18 años Zona Urbana. Duración: 30 minutos por persona evaluada. Producto: 300 Personas evaluadas, ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Actividad realizada por: (Médico(a) General + Auxiliar Enfermería). Modo de verificación: Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud) registro fotográfico si es pertinente y ficha técnica de la actividad.		anexa también registro fotográfico y registros asistenciales. Como producto se validan Se evidencia en la aplicación de riesgo cardiovascular 300 ingresos en la aplicación dispuesta por la Secretaria departamental de salud de Risaralda. se verifica la información en la calculadora de riesgo cardiovascular de la secretaria de salud Departamental de Risaralda y en RIPS. I10409	
5	Realizar una búsqueda activa comunitaria (BAC) en las enfermedades inmunoprevenibles según lineamientos o metodología dada por el MSPS, en el tercer trimestre del año (agosto-octubre) con análisis en el mes de noviembre e información a responsables del programa de vigilancia de salud de la ESE Hospital San Rafael para los ajustes correspondientes y envió como soporte a la secretaria de Salud. Cantidad 300 viviendas visitadas. Media hora por vivienda. Actividad realizada por: (enfermera + Auxiliar Enfermería.	0%	N/A	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo informe.
6	Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales. Producto personas con información. Cantidad 200. Actividad realizada por Psicólogo, enfermero y comunicador social. Difusión por comunicador social. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10104. Se entregará el	50%	Se entrega acta de la actividad; registro fotográfico de la actividad realizada y registros asistenciales. Adicionalmente en medio magnético se adjuntan videos producidos para esta intervención. RIPS 100 CODIGO: I10104	Actividad realizada 50%..

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	fotográfico si es presencial. Se generarán 30 RIPS bajo el Código CUPS 130302.			
2	Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento. Cantidad: 100 actualizaciones de la caracterización. Duración: 1 hora por actualización. Actividad realizada por: (Psicólogo(a) + Coordinador). Productos: ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique.	77%	Actividad realizada entre el 22 de octubre y el 10 de noviembre de 2022; se presenta ficha técnica de la actividad en la que se describe que esta se realiza en la zona urbana del municipio, en los barrios El progreso y centro, durante cada intervención se realiza caracterización en el módulo de psicología del SISAP y aplicación de APGAR familiar. Se aporta como soporte 22 fichas de aplicación de APGAR, registro fotográfico y registros asistenciales de 22 intervenciones, se verifica en los RIPS aportados I código130001 correspondiente a Intervención por psicología en fichas APS.	Actividad realizada ya 100%
3	Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal. Cantidad: 40 actividades individuales en Zona Urbana. Duración: 60 minutos por actividad. Actividad realizada por: (Médico (a) + Auxiliar Enfermería). Producto: ficha técnica de la actividad, caracterización diligenciada, listado de asistencia y formularios diligenciados, registro fotográfico si es presencial.	0%	Realizada informe anterior	Actividad realizada al 100%
4	Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los	95%	Se entrega ficha técnica de la actividad, con descripción de la metodología de aplicación;	Actividad realizada 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda.			
10	Realizar ochenta (80) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención. Se entregará como evidencia el registro de asistencia, registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas. Producto personas con intervención educativa. Cantidad 80. Actividad realizada por profesional de enfermería y auxiliar de enfermería. Se generarán 80 RIPS bajo el CUPS I10301.	100%	Se entrega Actividad realizada el 31 de octubre, en el casco urbano del municipio, en articulación con secretaria departamental, gobierno municipal y otros sectores como ICBF y policía; adjunta registro fotográfico de la actividad y registros asistenciales con 201 beneficiarios, se valida esa misma cantidad en los RIPS reportados por la ESE.CODIGO I11412	Actividad realizada al 100%..
11	Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con prevención del trabajo infantil (2) y prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (2) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar mediante actividades masivas de información. Cantidad, beneficiarios 200 personas mínimos. Actividad realizada por enfermero y Auxiliar de enfermería. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10102. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Cada actividad 30 minutos.	100%	Se entrega Acta de realización de la actividad se describe metodología y contenido de las intervenciones educativas, realizadas por la psicóloga en las fechas 18 de octubre y 5 de noviembre; adjunta registro fotográfico y registros asistenciales firmados con 30 personas. CÓDIGO I10103	Actividad realizada al 100%..
12	Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar, con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia, dirigidos a población general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: Psicólogo y auxiliar de enfermería. 30 minutos por actividad	47%	Se entrega ficha técnica de la actividad en la que se explica el contenido de la sensibilización desarrollada, registro fotográfico y listado de cumplimiento de la actividad; la cual se desarrolló los días 8 y 10 de noviembre de 2022; en el casco urbano de pueblo rico, con 21 personas registradas en el mismo. CÓDIGO I11403	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
13	Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, dichas intervenciones deben desarrollarse vía telefónica y/o encuentros presenciales con grupos de 2 a 3 personas, Producto: 30 fichas técnicas de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: {Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería + Coordinador}. Cantidad 30 personas sensibilizadas.	100%	Se entrega ficha técnica de la actividad realizada en la que se expone metodología y contenidos de la intervención; se realiza, jornada de educación individual, entre los días 1 y 25 de noviembre en entornos hogar, institucional y comunitario; se verifica registros RIPS y 70 registros asistenciales en medio físico. CÓDIGO I10605	Actividad realizada al 100%.
14	Caracterizar 100 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE. Producto: ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cantidad: 100 personas caracterizadas. Duración: 30 minutos por persona evaluada. Actividad realizada por: {Médico (a) General + Auxiliar Enfermería + Auxiliar de enfermería (Promotor indígena) + Coordinador PIC}. Modo de verificación: Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud), registro fotográfico si es pertinente y ficha técnica de la actividad. Producto Persona evaluada.	0%	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo informe	Actividad realizada al 85%..
15	Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con las Enfermedades objeto del Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención de estas enfermedades, promoción de la vacunación, dirigido a población general, mediante actividades individuales de información en salud. Media hora por actividad. Producto personas con información. Cantidad 200. Actividad realizada por enfermero, y auxiliar de enfermería (promotor indígena). Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10304. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado.	0%	Actividad realizada en el informe anterior	Actividad realizada al 100%.
16	Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicación en temas relacionados con prevención del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por	0%	Actividad realizada en el informe anterior	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	ficha técnica de la actividad, registro fotográfico, videos, evidencia y/o certificados de la difusión en los medios de comunicación utilizados. Actividad realizada por: (Médico(a) General + Enfermero(a) + Comunicador(a) Social). Producto: registro de actividades y/o certificados de autoridad indígena. Actividad realizada por: Médico(a) General+ Enfermero(a) + auxiliar de enfermería (promotor indígena). Cantidad 100 personas. 100 RIPS con CUPS i20205.			
23	Desarrollar 3 intervenciones de información educación y Comunicación (Infograma) en temas relacionados con la salud (prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos) dirigida a cuidadores (padres, abuelos, docentes, funcionarios de jardines infantiles). funcionarios de ICBF, entre otros, página Web y redes sociales de la ESE, Producto: Ficha técnica de la actividad, material educativo, registro del contacto de en cada institución educativa, registro fotográfico, evidencia y /o certificad de difusión en los medios de comunicación utilizados, actividad realizada por profesional en medicina, enfermería y Auxiliar de enfermería (Promotor indígena).	100%	Se entrega 3 infogramas dirigidos a la comunidad indígena del municipio; con educación en temas de enfermedades trasmitidas por alimentos, hídricas y EDA. Estos infogramas se publican por medio físico haciendo entrega del diseño impreso a líderes comunitarios las veredas Cañaverales, Barakirura, Dokabú, Santa Rita y Santa Marta; por medio de redes sociales y en la página institucional: anexa muestra impresa del infogram, certificación de actividad por parte de comunicador social, certifciones firmadas por líderes sociales, registro fotográfico.	Actividad realizada al 100%.
24	Realizar la actualización de la caracterización (presencial o telefónica según condiciones COVID 19) del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento. Cantidad: 30 actualizaciones de la caracterización.	100%	Se entrega actividad realizada entre el 8 y 23 de noviembre de 2022; se presenta ficha técnica de la actividad en la que se describe que esta se realiza en la zona urbana del municipio, en los barrios El progreso y centro, durante cada intervención se realiza caracterización en el módulo	Actividad realizada al 100%.

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	adolescencia, población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y las intensificación de la aplicación de barniz de flúor; que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia "Soy Generación más Sonriente". IEC a 100 niños y/o cuidadores, sesiones de 30 minutos por persona. vía telefónica y/o video llamada y/o presencial -según condiciones COVID 19-. Producto: ficha técnica de la actividad, registro de asistencia, registro de llamadas, certificación de la actividad, registro fotográfico. Actividad realizada por: Odontólogo(a) + Auxiliar de enfermería (Promotor Indígena). 100 RIPS con CUPS I11404		informe.	
20	Realización de acciones de control de vectores mediante la instalación de 500 toldillos en veredas priorizadas por la Secretaría de Salud de Risaralda y dar educación en prevención de Malaria, sobre mecanismos de prevención, signos y síntomas de enfermedades transmitidas por vectores. Duración: 1 hora por actividad. Producto: Persona con información en salud, registro de asistencia, registro fotográfico (Toldillo instalado). Cantidad 500 toldillos instalados. Actividad por: Coordinador PIC y Auxiliar Enfermería (Promotor Indígena). 500 RIPS con CUPS I20202	0%	Actividad realizada 100% informe anterior	Actividad realizada al 100%.
21	Desarrollar intervenciones de Información Educación y comunicación en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables; mediante 50 actividades de información a población general con énfasis en cuidadores y docentes. Media hora por actividad. Producto: registro de actividades y/o certificados de autoridad indígena. Actividad realizada por: Médico(a) General+ Enfermero(a) + auxiliar de enfermería (promotor indígena). 50 RIPS con CUPS I11301	0%	Actividad realizada 100% informe anterior	Actividad realizada al 100%.
22	Desarrollar estrategias de Información Educación y Comunicación en temas relacionados con las Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, con una duración de 30 minutos, dirigidos a población general. Producto:	0%	Actividad realizada 100% informe anterior.	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	existentes) a cincuenta (50) viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por la Dirección Local de Salud de Pueblo Rico, priorizando población afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas. Se realizará canalización y remisión de las personas identificadas según curso de vida a la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud y los usuarios insistentes y/o susceptibles de pertenecer a las diferentes RIAS y programas de Salud pública. Se entregará como evidencia el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado y los respectivos RIPS bajo el Código CUPS I30302, además de la información cargada adecuadamente en el SISAP y copia de la demanda inducida a las diferentes rutas. Dos horas por actividad. Producto Ficha actualizada. RIPS generados. Cantidad 50. Actividad realizada por profesional de enfermería.		revisa en medio magnético en la plataforma SISAP, apreciándose los registros referidos, la actividad se realiza entre el 7 a 22 de noviembre de 2022, en el municipio, en principalmente a población afro del corregimiento de santa Cecilia. Se registra en RIPS con el código I30001 correspondiente a CARACTERIZACIÓN DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR.	
28	Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 50 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento. Productos: ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique. Duración: 1,5 horas por actividad. Actividad realizada por: (Psicólogo (a)).	100%	Se entrega Actividad realizada entre el 24 de octubre y el 25 de noviembre de 2022; se presenta ficha técnica de la actividad en la que se describe que esta se realiza en la zona urbana del municipio, en los barrios El progreso y centro, durante cada intervención se realiza caracterización en el módulo de psicología del SISAP y aplicación de APGAR familiar. Se aporta como soporte fichas de aplicación de APGAR, registro fotográfico y registros asistenciales de 50 intervenciones, se verifica en los RIPS aportados encontrándose registros con el código correspondiente a CARACTERIZACIÓN DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR. CODIGO I11105	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	Duración: 1 hora por actualización. Actividad realizada por: (Psicólogo(a) + Auxiliar Enfermería (Promotor Indígena)). Productos: ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique.		de psicología del SISAP y aplicación de APGAR familiar. Se aporta como soporte 30 fichas de aplicación de APGAR, registro fotográfico y registros asistenciales de 30 intervenciones, se verifica en los RIPS aportados encontrando se registros con el código correspondiente a CARACTERIZACIÓN DEL INDIVIDUO Y SU ENTORNO FAMILIAR. CODIGO I11104	
25	Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar, con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia, dirigidos a población general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento dichas intervenciones se desarrollan vía telefónica, video llamada y/o presencial -según condiciones COVID 19-. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: (Psicólogo(a) y Auxiliar Enfermería (Promotor Indígena)	0%	Actividad realizada 100% informe anterior.	Actividad realizada al 100%.
26	Realizar un encuentro comunitario sobre parto seguro con parteras y jaibanas para buscar acercamientos entre la medicina ancestral indígena y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respetando el Plan de Vida de la comunidad Indígena. Estos encuentros se coordinarán con el Gobierno indígena y deberá contar con participación de parteras y jaibanas, funcionarios de la ESE y/o DLS. Cantidad: 1 Encuentro comunitario. 30 parteras y/o jaibanás. Duración 2 días para el encuentro (16 horas). Productos 30 personas con información en salud. Listado de asistencia y certificación de autoridad indígena y registro fotográfico. Actividad Realizada: Médico, Coordinador PIC, Psicólogo, Enfermero, Auxiliar de enfermería (Promotor Indígena).	0%	Actividad realizada 100% informe anterior.	Actividad realizada al 100%.
27	Realizar caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas	100%	Se entrega acta de realización de la actividad, con registros asistenciales que muestran 55 intervenciones individuales; se	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
			plataforma tecnológica anteriormente mencionada .RIPS: se evidencian 20 registros CODIGO I10501	
32	Realizar Cincuenta (50) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención. Se entregará como evidencia el registro de asistencia, registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas. Producto personas con intervención educativa. Cantidad 50. Actividad realizada por profesional de enfermería y auxiliar de enfermería. Se generarán 50 RIPS bajo el CUPS I10301.	0%	Actividad realizada en el informe anterior	Actividad realizada al 100%.
33	Realizar actividades de información a 50 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales. Producto personas con información. Cantidad 50. Actividad realizada por Psicólogo, enfermero y comunicador social. Difusión por comunicador social. Se generarán 50 RIPS con el CUPS I 10104. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la	100%	Se entrega ficha técnica de la actividad, con descripción de la metodología de aplicación; anexa también registro fotográfico y registros asistenciales. Como producto se evidencia en la aplicación de riesgo cardiovascular 18 ingresos en la aplicación dispuesta por la Secretaria departamental de salud de Risaralda. se verifica la información en la calculadora de riesgo cardiovascular de la secretaria de salud Departamental de Risaralda y en RIPS. I10109	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo informe

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
29	Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicación (marcha con participación de 100 personas) en temas relacionados con prevención del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (esta última se realizara durante la temporada decembrina) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar y realizar la difusión a los directivos de la Cada institución educativa y estos a su vez a la comunidad estudiantil (padres y estudiantes) Producto: Ficha técnica de la actividad, copia del material producido y registro del contacto en cada institución educativa, registro fotográfico, evidencia y/o certificados de la difusión en los medios de comunicación utilizados. Actividad realizada por: (Psicólogo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermería	100%	Se entrega Actividad realizada el 16 de noviembre de 2022, en el IE Agroambiental PIO XXII Del corregimiento de santa Cecilia, en articulación con secretaria departamental, gobierno municipal y otros sectores como ICBF y policía; adjunta registro fotográfico de la actividad y registros asistenciales con 100 beneficiarios, se valida esa misma cantidad en los RIPS reportados por la ESE. CODIGO I11412	Actividad realizada al 100%.
30	Realizar sesenta (60) Intervenciones educativas sobre lactancia materna: Ventajas, técnicas de amamantamiento y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes, por medio de un video educativo del Ministerio de Salud, dichas intervenciones deben desarrollarse presencial en grupos de máximo 3-5 gestantes (con la precaución de tener distanciamiento social y uso de EPP), se entregará como evidencia: video educativo utilizado, formato de registro de asistencia diligenciado y registro fotográfico. Cantidad 60. Producto intervención educativa. Se generarán 60 RIPS con el código I10605. Actividad realizada por profesional en enfermería.	0%	Actividad realizada en el informe anterior	Actividad realizada al 100%.
31	Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral, para implementar en 20 trabajadores. Actividades individuales de 60 minutos sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal. Cantidad: 20. Duración: 60 minutos por actividad. Actividad realizada por: Médico (a) + Auxiliar Enfermería. Producto: ficha técnica de la actividad, caracterización diligenciada, listado de asistencia y formularios diligenciados, registro fotográfico si es presencial.	100%	Se entrega ficha técnica de la actividad en la que se describe contenido y metodología de su realización, como soportes se adjunta el registro de asistencia con relación de personas encuestadas entre el 10 al 20 de noviembre de 2022, anexa fichas de caracterización GOTI. Se verifica en el aplicativo GOTI dispuesto por la Gobernación de Risaralda 20 encuestas cargadas a la	Actividad realizada al 100%.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	pólvora (esta última se realizará durante la temporada decembrina) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar y realizar la difusión a los directivos de la Cada institución educativa y estos a su vez a la comunidad estudiantil (padres y estudiantes). Se realizarán actividades de información en salud a 100 personas. Producto: Persona con información en salud. Registro de actividades, registro fotográfico, evidencia y/o certificados de autoridad indígena. Actividad realizada por: Psicólogo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermería (Promotor indígena).			
17	Realizar actividades de información a 100 personas sobre temas relacionados con en la salud mental, prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescente, Promoción de la Sexualidad Sana, prevención consumo de tabaco y/o espacios libres de tabaco entre otros, dirigido a población general, mediante actividades individuales de información en salud. Media hora por actividad. Producto personas con información. Cantidad 100. Actividad realizada por enfermero, y auxiliar de enfermería (promotor indígena). Se generarán 100 RIPS con el CUPS I 10304. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado.	87%	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo informe	Actividad realizada al 87%.
18	Realizar seguimiento de las condiciones nutricionales de niños, jóvenes o adolescentes indigenas (priorizando los niños, jóvenes o adolescentes indígenas, la información será toma de los datos de valoración realizada el año pasado donde se reportaron y los niños que estaban en la tabla de valoración en rojo y amarillo, el mayor número de casos de niños con Desnutrición hacer el seguimiento La información deberá ser digitada en formato físico y en formato electrónico, en tablas de Excel, acorde a los requerimientos de la Dirección Operativa de Salud Pública o del Supervisor del contrato. Producto valoración de las condiciones nutricionales, datos en Excel. según valoraciones. del año pasado. Se deberán valorar por lo menos 400 niños. Evidencia: ficha técnica de la actividad, listados, tabla en Excel. Actividad realizada por: Enfermero(a) + Nutricionista + Auxiliar de enfermería (Promotor indígena). Media hora por intervención. Generar 400 RIPS con el CUPS I10412.	8%	Se entrega los registros faltantes en RIPS por lo que se validan los restantes 33 registros para este informe; todos los registros físicos de la actividad quedan consignados en las carpetas del informe 2.	Actividad realizada al 100%.
19	Realizar intervenciones de educación individual dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y	0%	Los avances de esta actividad se entregarán en el próximo	Actividad realizada al 73%..

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de salud** **GESTIÓN JURÍDICA** **CONTRATACIÓN** **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Versión: 0	Vigencia 09-2012

	OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*)	ACTIVIDADES EJECUTADAS (**)	EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***)	OBSERVACIONES
	Gobernación de Risaralda.			
34	Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE. Producto: ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Duración: 30 minutos por persona evaluada. Modo de verificación: Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud), registro fotográfico si es pertinente y ficha técnica de la actividad. Producto Persona evaluada. Cantidad 200 Actividad realizada por: (Médico (a) General + Auxiliar Enfermería + Coordinador PIC).	9%	Se entrega ficha técnica de la actividad, con descripción de la metodología de aplicación; anexa también registro fotográfico y registros asistenciales. Como producto se evidencia en la aplicación de riesgo cardiovascular 18 ingresos en la aplicación dispuesta por la Secretaria departamental de salud de Risaralda. se verifica la información en la calculadora de riesgo cardiovascular de la secretaria de salud Departamental de Risaralda y en RIPS. CODIGO 110409	Actividad realizada al 9%.
35	Realizar intervenciones de educación para la salud incorporando aspectos de alimentación y nutrición en el entorno hogar y comunitario con priorización a familias con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales, partiendo del reconocimiento de prácticas, usos y costumbres de la comunidad y acceso a oferta alimentaria; buenas prácticas de manipulación de alimentos en el hogar. Cantidad: 20 Intervenciones de educación. Población Beneficiada: mínimo 5 por intervención. Duración: 1 hora por taller. Producto: ficha técnica de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico, certificación de la actividad. Actividad Realizada por: (Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería).	0%	Actividad realizada en el informe anterior	Actividad realizada al 100%.

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA
C.C. 31.578.496

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 01

Realizar caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a 30 viviendas de los barrios identificados por el departamento, priorizando población afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas por la ESE, demanda inducida a las diferentes rutas y registro en el SISAP.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + Coordinador PIC.
CANTIDAD:	30 actualizaciones de la caracterización.
DURACION	Dos horas por actualización
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad, Ficha de caracterización actualizada Registro fotográfico si es presencial. Código CUPS I30002

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 20 de octubre al 07 de noviembre 2022	**No:** 1.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS	
Tema: La aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes)		**No Páginas**	
Responsable: Enfermero(a) + Coordinador PIC		**Elaborado por:** Coordinador PIC	
Lugar: Municipio de Pueblo Rico		**Zona:** Urbana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

DESARROLLO

A partir del 01 de noviembre hasta el 25 de noviembre del 2022, para la población mestiza se desarrolló la actualización de las fichas APS para la población Mestiza del municipio de PUEBLO RICO RISARALDA modalidad casa a casa a 32 familias urbanas.

- Según demanda inducida de las diferentes rutas y registros en el SISAP, se realizar la actualización de las fichas APS ya que los Indicadores nos muestran que como evento principal en la población mestiza con presencia de personas con MALARIA en este caso según registros en zona cetro del municipio.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

• Se desarrolla la actividad con la programación de las fichas activas para desarrollar en casas pertenecientes a zona centro y zonas aledañas. • Se designan 2 auxiliares para el desarrollo de la actividad, que se desempeñan realizando cada uno con 4 fichas por auxiliar diaria, para un total de 40 fichas. Donde se realiza cada actualización con un tiempo promedio de dos horas por actualización por vivienda. • Se realiza capacitación virtual con la secretaria de salud departamental con Referentes para ficha APS, se realiza atreves del uso de la table donde se sincronizan las casas a visitar para la actualización. • Otro inconveniente que nos sucedió es el cambio de domicilio, pues al sincronizar buscamos unas familias y estas fichas no se han actualizado pues desde que se ingresaron en los años 2018 y 2019 a la actualidad los arrendatarios de las viviendas ya no pertenecen a esas casas. • Como los barrios son pequeños nos permitió llegar a los siguientes barrios Pinares, Manga del Míster, el Progreso, Centenario y Centro y así realizar las actualizaciones de las 40 casas en la población mestiza, • Se realiza actualización de las fichas APS. • Se realiza toma de fotos para evidencia. • Se pide firma de asistencia en formato.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 20 de octubre al 07 de noviembre 2022	**ALCANCE:** **MESTIZO**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS			
Responsable: Enfermero(a) + Coordinador PIC			
Lugar: Municipio de Pueblo Rico			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Ese H.S.R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS.
FECHA: 20-10-22 y 22-10-2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico
ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 Am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Erika Ramona

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR&D	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093536777	Claudia Ximena Vargas Velasquez.	28		X										X													X		Nueva EPS.	Cra 3 # 9-50 FN: 23-12-1993.	3104309014	X				X
2	CC	25000915	Doralba Lopez Rios	47		X										X													X		Asmet	Cra 3 # 8-66 FN: 16-10-1975	3184987340	X		Doralba		X
3	CC	1093533498	Dilmer Felipe Jimenez Lopez	35	X											X													X		Nueva EPS	Cra 3 # 8-26 FN: 26-11-1986	3177831419	X				X
4	CC	25001624	Rosa Amparo Lopez Rios	38		X										X													X		Nueva EPS.	Calle 8 FN: 06-11-1983	3173342863	X		Amparo López		X
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

944

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

POBLACION MESTIZA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS.
FECHA: 03-11-2022. y 04-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Pda 000+300001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Erika Carmona

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPS	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	24410696	Omaira del socorro loaiza.	73		X																						X			Nueva EPS	Calle 4 # 4-25 FN: 03-08-1949	3128164788	X		Omaira Loaiza		
2	CC	24999166	Mario Rafaela Gomez de lopez.	79		X																						X			Asmet Salud	Cra 5 # 4-36 FN: 23-05-1943	3122616465	X		Rafaela		
3	CC	24998955	Aureola Carmona de Molina	83		X																						X			Asmet Salud.	Cra 3 # 8-07 FN: 31-03-1939	No tiene.	X		NO Firma.		
4	CC	25000229	Noralba Molina Carmona	56		X																							X		Nueva EPS.	Cra 3 # 3-08. FN: 05-05-1966.	3163055247	X		[illegible]		
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS
FECHA: 23-10-2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Rda: 3004 130001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Erika Ramona

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NT. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093534428	Mauricio Andrade Rico Patiño	34	X											X										X			Aemet	Carrera 3 N: 11-08-1988	3156097465	X		Mauricio Andrade		X
2	CC	24999436	Elvia Rosa Rios de Lopez	68		X										X										X			Nueva EPS.	Calle 8 # 2-27 FN: 31-12-1953	3168122687	X		Elvia R.	X	
3	CC	24999651	Fanny Arango Gonzalez.	63		X										X										Y			Nueva EPS.	FN. 10-01-1959	NO tiene.	X		Fanny Arango T		
4	CC	23999143	Maria de Jesus Camona de Gomez	84		X										X										X			Asmet.	FN: 08-10-1938	NO tiene.	X		M de Jesus C.	?	
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

POBLACIÓN MESTIZA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R #1
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS.
FECHA: 03-11-2022. Y 04-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico CCO + I 300001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 Am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena Vargas

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	4527331	Eduardo de Jesus Ruiz Parra.	73	X																						X			Coosalud.	Calle 4 # 4-05 FN: 13-07-1949	3123092451	X		Eduardo R.		
2	CC	1093539385	Jessica Paola Cortes Gualdo	24		X																						X		Nueva EPS	Cra 5 # 4-56. FN: 03-01-1978	3133080088	X		Jessica C		
3	CC	24998830	Rosalba Sepulveda Campo	79		X																					X			Nuevaeps	Calle 4 # 4-42 FN: 19-11-1942	3209901542	X		+Rosalba		
4	CC	24999045	Maria Trinidad Garcia Arias	71		X																					X			Asmet Salud	Cra 3 # 9-56 FN: 14-03-1951	3218684197	X		M. Trinidad		
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización fichas APS. [1]
FECHA: 01-11-22. Y 02-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico. [30001]

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena V

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICE FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	FTO	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	25000289	Nancy Elena Agudelo	46		X																								X		S.O.S	Pinares FN: 15-01-1976.	3137131165	X		Nancy	X	
2	CC	24998697	Maria Adela Sepulveda Mosquera	62.		X																								X		NUEVA EPS	Pinares FN: 30-NOV-1959	NO tiene	X			X	
3	CC	25001776	107 Adriana Velasquez Arango	37		X																								X		Nueva EPS	FN: 12-09-1985	3137841926	X			X	
4	CC	24999816	Amparo de Jesus Rivera de Lopez	66		X																								X		Famisanar	CIS # 4-03 FN: 31-10-1957	3217093904	X		Amparo Rivera		
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E. H.S.R. #1
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas Aps.
FECHA: 01-11-2022 y 02-11-2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Rda. Cod 130001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Erika Giraldo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	25000440	María Eugenio Vélez Flórez	56	X																							X			Asmet Salud	Pinares FN= 09/12/1965	NO tiene	X			X	
2	CC	42055702	Beatriz Cardenas Ibreda	64	X																								X		S.O.S	Pinares FN= 27-07-1958	3103792359	X			X	
3	CC	25001662	Gloria Yaned Restrepo Carmona			X																								X	Coosalud	Calle 4 #4-36 FN.	3137881419	X		Gloria R.	X	
4	CC	25001388	María Elena Ramírez Mosquera	60	X																								X		Sura	Calle 4 FN: 29-12-1981	3104316271	X			X	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

9:15

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

POBLACIÓN MESTIZA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R. #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS.
FECHA: 06-11-2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Rda C00+300001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Erika Carmona

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		1
APLICE FORMATO DE CAPACITACIONES	1	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	10079583	Omar de Jesus Osorio Florez	69	x																							x			Asmet Salud	Cra 4 # 8-01 FN: 29-12-1952	3148614809	x		OMAR-O.F.	x	
2	CC	42112601	Dora Libia Palacio Cardenas	50		x																							x		Nueva EPS	Cra 4 # 8-28 FN: 01-02-1972	3206154522	x		Dora palacio		
3	CC	24999099	Martha Liria Hincapie Ocampo	76.		x																							x		Nueva EPS	Calle 8 # 3-60 FN: 14-12-1945	3172448015	x		Martha Hincapie		
4	CC	25000345	Luz Marina Vargas Rios	51		x																							x		Coosalud	Cra 4 # 10-35. FN: 31-12-1970	3122447889	x		Luz Marina Vargas	x	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

POBLACIÓN MESTIZA

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R. #14
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS.
FECHA: 07-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Risa COD I 300001

ENTORNO: Zona Urbana
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Eyner Gamora

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): COM DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	24999156	Maria Magnolia Quintero de Gomez	77		X																						X			Asmet.	Cra 4 # 10-30. FN: 25-07-1945.	3146773010	X		Magnoliaquintero		
2	CC	24999694	Rosalba Jaramillo Gonzalez	62		X																							X		Nueva EPS	Cra 3 # 7-76. FN: 08-03-1960	3148465432	X		Rosalbajaramillo		
3	CC	24999869	Teresita de Jesus Giraldo Lopez	58		X																							X		NUEVA EPS	Cra 3 # 7-61 FN: 08-12-1963	3116435939.	X		Teresa Giraldo		
4	CC	1004993540	Soleydi Gil Uribe	29		X																							X		Asmet Salud.	Calle 9 # 3-35 FN: 25-05-1993	3137587317	X		Soleidy Gil.		
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 02

Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento.

RECURSO HUMANO	Psicólogo(a) + Coordinador
CANTIDAD:	30 viviendas
DURACION	1 hora por actualización
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad registro diario en el SISAP cuando aplique. RIPS con el CUPS I10104

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 22 octubre al 10 de noviembre 2022	**No:** 2.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Fortalecer los lazos afectivos entre las familias como estrategia de prevención de consumo de SPA.	
Tema: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.		**No Páginas: 4**	
Responsable: Psicóloga + Coordinadora		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Municipio de Pueblo Rico		**Zona:** Urbana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

DESARROLLO La actividad se llevó acabo en el municipio de Pueblo Rico en la zona urbana, en los barrios Centro y Progreso, en los cuales habitan personas reportadas por un evento de interés en salud pública, para ello se realizó una búsqueda en la base de datos del SIVIGILA; (Es el Sistema de Salud Pública y tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.) Se realiza un recorrido por las calles de los barrios antes mencionados, con el fin de hacer las visitas a las casas y	**OBERVACIONES** • a pesar de que no es difícil el acceso a la población, el recibimiento del personal en algunas ocasiones por parte de las familias fue de forma hostil.

poder cumplir con el objetivo de la actividad; al llegar a las casas, se hace una presentación, se le pregunta a la persona sobre su conocimiento de PIC departamental, seguido se daba una explicación de sus siglas (La Resolución 518 define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados. Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos o algún tipo de cuotas.). Al realizar la explicación del significado y las funciones del PIC Departamental, se explica la finalidad de la visita (realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico) para ello se aplica el APGAR FAMILIAR (Dr. Gabriel Smilkstein). Según Suarez y Alcalá (2014): El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (p. 1) El test se realizó con el fin de medir la estructura de poder familiar y su funcionalidad. Se le realizó a ocho (8) familias mestizas de la zona urbana de Pueblo Rico Risaralda las áreas de poder que evaluadas fueron las	

siguientes: El dinero, Los hijos, el sexo, el hogar y el desarrollo personal. En el cual a final se marcaba las puntuaciones de 1: machista, 2: matrifocal y 3: democratizante. Donde de las 8 familias a las que se les aplicó el test cuatro (4) de ellas tienen una estructura de poder Matrifocal y las otras cuatro (4) democratizante; dando a entender que en ninguno de los hogares se ve evidenciado el Machismo. Seguido de la estructura de poder se realizó a su vez el de funcionalidad familiar en el cual cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a su calificación: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre y 4: siempre. Donde el total de las familias a las cuales se les aplicó tienen un funcionamiento normal. Posterior a ello se explica la importancia de fortalecer los lazos afectivos como una estrategia de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas). Realizas actividades en familia, hacer uso del tiempo libre, involucras a los niños, niñas y adolescentes en las actividades familiares para que haya siempre armonía en el hogar. Se realiza una explicación del significado de SPA y las afectaciones que causa en nuestro organismo y por qué NO debemos hacer uso y abusar de dichas sustancias. Cualquier SPA (sustancia psicoactiva) que ingerimos a nuestro cuerpo por cualquier vía de acceso, causa alteraciones en nuestro sistema nervioso que a su vez altera el funcionamiento de nuestro cerebro, procesos de pensamiento, aprendizaje y nuestro estado de ánimo. Según Medina y Rubio (2012):	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Muchas son las causas que pueden explicar esta problemática. Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo. La familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo. (p. 1) SE LLEVA **ACABO 22** FICHAS Y CON ESAS FICHAS TERMINAMOS LA ACTIVIDAD DE 30 FICHAS Se llevó a cabo la interacción con algunas familias, sin olvidar el objetivo de dicha actividad se hace el registro de fotografía como evidencia de la realización de la actividad y por último nos facilitan los datos para diligenciar el listado.	
COMPROMISOS: El compromiso pacado con los usuarios fue de no hacer uso de sus datos personales sin ser autorizado.	
Hasbleidy Mena HASBLEIDY MENA PEREA PSICÓLOGA Isabel Cristina Lucero ISABEL CRISTINA LUCERO COORDINADORA PIC 2022	

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matricula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Fanny Arango Gonzales.
C.C. 24999651.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			Y
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Cardona Gonzales
C.C. 25.900 350

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jhasmit Andrea V.
1087998945.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luis Alberto Gomez
C.C. 18602319

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Marcela zapata
C.C 1123206574

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel desatisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jose Porbey Gimenez
C.C. 1093534006.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Fabiola Rivera
C.C. 42072179

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorias:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

ERICA JOSNA
C.C. 1038106171

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		\
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:				X	
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Alba nelly Ruiz.
C.C. 25000974

YEIMI AGUILAR

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:	X		
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X	/	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Geimy Lorani Aguilar
C.C. 1093538420

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matricula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Nancy G.J.
C.C. 25000941

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			X
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			X
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			X
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			X
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			X

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Lilia Sepulveda Nosquera
C.C 49999722

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:	X		
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jamy Jaramillo.
C.C. 24999952

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:	X		
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Yuvani Betancurt.
C.C. 1093535120

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matricula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia fisica y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Fulvia Gonzales O.
C.C No 49722

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Gloria Nelcy Londoño
C.C. 25000975

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matricula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Claudio M Naranjo
C.C. 25 001 119

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;	X		
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;	X		
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:	X		
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;	X		
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

MEIRIN A Gonzalez

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:	X		
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante			

989

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Martha Yaneth Ortiz
C.C 42059362.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Gabriela Osorio
C.C. 24999725

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral;			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel desatisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Maria Elcy Rodriguez.
C.C 25162937.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o Indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matricula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia. tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Carlota Agudelo.
C.C. 40355623

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 22/10/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de Pueblo Rico			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente Biológico. #2
FECHA: 22- octubre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código (40104) I30001

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Yasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1		25000 885	Gloria Neley Londoño Restrepo	52	X											X												X			Nueva E.P.S	Calle 5 # 11-47 15-05-1970	3193844038	X		Gloria Neley Londoño		
2		25000974	Alba Nelly Ruiz C.	45	X											X												X			Asmet Salud	Cra 2 con calle 8 Nº 2-27	08-03-1977 3217085101	X		Nelly R.	X	
3		1093538 420	Zeimi Zurani Aguilar		X											X												X			SOS	Calle 7 # 472 11/02/1996	3197634473	X		ZEIMI AGUILAR	X	
4		87000 988	Nancy G J	43	X											X												X			Pijao	cra 5 # 7-03 06-12-77	3117913284	X		Nancy G J		
5		24999 952	Fanny Jaramillo	56	X											X												X			Pijaos Salud.	Cra 5 # 7-03 23-09-19	3234159981	X		Fanny Jara		
6		100499 3909	Yulisa Gonzalez. O.	20												X												X			Asmet Salud.	Barrio progreso 12-04-2002	3174666234	X		Yulisa G.	X	
7		24999 722	Lina Sepulveda Noreña.	61	X											X												X			Nueva E.P.S	Calle 9 # 3-56. 27-09-1964.	3113085492	X		Lina Sepulveda		
8		1003535 120	Yurani Betancurt	30	X											X												X			Medimas	4-07-1992	3128109965	X		Yurani B.G		
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 09/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de Pueblo Rico			

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

Versión: 01

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael. #2
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del Componente Psicológico
FECHA: 09-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico (Código 10104) COD #I3000,

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haidlewly Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRICOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1		24999 651	Fanny Arango Gonzales	63		X											X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico 10-04-1959	3107742116	X		[illegible]		
2		1123 206574	Diana Marcela Zapata Arango.	20		X											X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico 13-02-2002	3178404248	X		Marcela Zapata		
3		1093534 006	Jose Durbey Gimenez Lopéz	33	X												X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico 02-02-1986	3176157543	X		[illegible]		
4		42077 479	Maria Fabiola Rivera Navarro.	65		X											X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico. 15-08-1957	3192904687	X		M. Fabiola R. N.		
5		25000 350	Maria Cardona Gonzales	57		X											X											X			Asmet Salud	Cll 5 #4-60 30-11-1964	3105292472	X		Maria Cardona		
6		1038106 171	Erika Serpa.	33		X											X												X		Sura	Pueblo Rico 16-06-1989	3127266688	X		Erika Serpa.		
7		18602 319	Luis Alberto Gomez	51	X												X											X			Nueva E.P.S	Cll 8 - #3-68 11-10-1971	3128137575	X		[illegible]		
8		1087998945	Jhasmit Andrea Velez Monceida	34		X											X												X		Asmet Salud	14-09-1987	3183907516			Jhasmit A Velez		
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CONDICIÓN DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:
			MECANISMO:
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
			AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
			DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
			SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FIRMA DEL SUPERVISOR	
FORMATO:	
ASISTENCIA: ( )	
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )	
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )	
OTRO: ( )	

1000

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 10/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de Pueblo Rico			

1001

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael #2
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente psicológico
FECHA: 10 - noviembre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código (10104) COD #I30001
ENTORNO: mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haidendy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1		40355 623	María Carlota Agudelo Arias.	62		X			X								X											X			Nueva E.P.S	Cr5 # 6-59 02-10-1960	3135517426	X		[redacted]	X	
2		25001 119.	Claudia Milena Naranjo Agudelo	43		X			X								X												X		Nueva E.P.S	Cr5 # 5-60 06-09-1979	3127658801	X		[signature]	X	
3		5048 475	Melkin Gonzales Gutierres	37	X												X											X			Coosalud	Cllc # 4-52 01-04 1985	313860972	X		Melkin Gonzales	X	
4		42059 862	Martha Yaneth Uribe Mesa.	60		X											X												X		Cosmitet	Cllc # 4-49 07-01-1962	3127105245	X		[signature]	X	
5		24999 725	Gabriela Osorio	55		X											X											X			Nueva E.P.S	Centro Pueblo Rico 29 05 1968	3117829264	X		Gabriela O		
6		25162 937	María Elcy Rodríguez Martínez.	59		X											X											X			Nueva E.P.S	Centro Pueblo Rico 27-04-1963	3126717796	X		María Elcy		
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			UAPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRC&D	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:
			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )
			FIRMA DEL SUPERVISOR
			FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 03

Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal.

RECURSO HUMANO	Médico (a) + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	40 trabajadores
DURACION	1 hora
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Caracterización diligenciada Listado de asistencia Formularios diligenciados, Registro fotográfico si es presencial. RIPS con el CUPS I11501

ACTIVIDAD REALIZADA 100%

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 04

Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.

RECURSO HUMANO	Médico(a) General + Auxiliar Enfermería}
CANTIDAD:	300 Caracterizaciones en población mayor de 18 años Zona Urbana
DURACION	30 minutos por persona evaluada
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social Registro fotográfico RIPS con el CUPS I10409

1534

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 1 al 25 de noviembre 2022	**No: 04-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas	
Tema: Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.		**No Páginas: 3**	
Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		PUEBLO RICO	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

DESARROLLO:	**OBERVACIONES**
Para el desarrollo de esta actividad primero se solicita el usuario y contraseña para asceder a las fichas de riesgo cardiovascular, metabolica después el medico	

socializa al auxiliar como desarrollar dicha actividade y se inicia con la capaptacion en diferentes lugares pertenecientes a Pueblo Rico como son personas de los barrios El Recreo, Manga del Mister, Fundadores, El Progreso, salida de Apia, al igual en las veredas de La Sonora, Cinto y Taiba. Durante el desarrollo de la actividad se presenta por parte de la población acogida por realizar el test, pero una vez que este es extenso nos refieren la falta de tiempo pues tiene ciertas oupaciones para destinar el tiempo en dicha caracterización. Donde se realizaron **a _300___personas** la caracterización de riego o presencia de alteracion cardio – cerebro – vascular – metabolica. La información que se socializo y se le dio a la comunidad es: DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Los factores de riesgo son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular arterioesclerótica. Estos factores se pueden dividir en: • FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES Son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida. PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA: El corazón impulsa la sangre a través de las arterias ejerciendo sobre ellas la presión necesaria para que circule. La presión arterial está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias a este flujo. La presión sistólica es la presión máxima que se obtiene en cada contracción del corazón y la presión diastólica es la presión mínima	

durante la fase de relajación. Presiones arteriales mantenidas sobre 140/90 mm Hg, producen daño en las paredes internas de las arterias y esta lesión favorece la formación de placas de ateroma. Una persona es hipertensa cuando su presión arterial habitual es superior a 140/90 mm Hg. Las presiones arteriales sistólicas entre 130 y 140, y diastólicas entre 85 y 90 mm Hg se consideran normales altas y deben ser controladas periódicamente. NIVELES ELEVADOS DE COLESTEROL: El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para el normal funcionamiento del organismo. El colesterol es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias LEWIS JHONATAN NATES MEDICO AUXILIAR DE ENFERMERIA ESTELA QUINTERO	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: De 05 octubre al 25 de noviembre 2022	**ALCANCE:** **MESTIZA**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.			
Responsable: : Médico (a) + Auxiliar Enfermería			
Lugar: PUEBLO RICO			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIóN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIO
FECHA: 03-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD# 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Natally Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E C N T	ETV	ZOONOSIS	SR SO	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	4527490	Luis Hernando Florez B	65	X																										Asmet salud	M, C212 El progreso	3207588116	X		[signature]	X	
2	CC	25000873	Martha Isabel Hernandez	46		X																									Nueva EPS	Mango del Mistey	24-11-1976 3118415898	X		[signature]	X	
3	CC	25001053	Gloria Cristina Ramirez M.	45		X																									Nueva EPS	Cra 5#11307 Fundador	12/12/1977 3228975652	X		[signature]	X	
4	CC	25000634	Nancy Patricia Gallego Villa	50		X																									Asmet S.	Barrio El progreso	24/11/1972 3223374600	X		[signature]	X	
5	CC	4527532	José Alberto Osorio Sc	63	X																										Nueva EP	Cra 4#8-53	10/06/1959 3234554161	X		[signature]	X	
6	CC	25103618	Lilia del C. Cano Londoño	60		X																									Nueva EPS	Cra 4#3-53	29/09/1962 3234992464	X		[signature]	X	
7	CC	25000966	Aurora Vasquez Garcés	45		X																									Cosmitet	Calle 6#5-41	10/11/1977 3165057810	X		[signature]	X	
8	CC	25007168	Mario Darnely Salazar	73		X																									Nueva EP	Calle 4#4-26	31/12/1949 3137510730	X		[signature]	X	
9	CC	10935369 70	Daniel Pachelotto Mazo	32	X																										Asmet	Calle 7#4-52	7/11/1990 3135947659	X		[signature]	X	
10	CC	24999913	Amparo Velasquez Mar	62		X																									Asmet	Calle 7#2-20	06/08/1960 3135131366	X		[signature]	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.Y.O.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	18601635	Carlos José Ruiz Franco	58	x																										Nueva	Tafanna	14/02/1962 3105385289	Y		Carlos	X	
12	CC	31401735	Consuelo Cano Aguirre	70		x																									Pijaos	La sonora	27/11/1952 3155315104	Y		Consuelo	X	
13	CC	75045953	José Heriberto Betancourt	59	x																										Asmet	Calle 3#5-23	17/09/1963 3136450127	Y		José Heriberto	X	
14	CC	10191641	Miguel Rendón Mesa	69	x																										Asmet	Centro	27/06/1953 3127999815	Y		Miguel	X	
15	CC	6111115	Rigoberto Zapata	57	x																										Nueva	Centro	04/11/1965 3106945424	Y		Rigoberto	X	
16	CC	42104516	Gloria Henao Salazar	54		x																									Nueva EP	Barrio Pinares	23/11/1968 3184443192	Y		Gloria	X	
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Mestizos 06-Octubre-2022

1011

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOVASCULAR
FECHA: 06-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nataly [illegible]

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SA-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	24996722	Maria Adela Sepulveda	68		X																									Nueva EPS	Carrera 4 #9	30/11/1954 3228919934	X		Maria	X	
2	CC	22011534	Alba Consuelo Carmona	52		X																									Nueva EPS	Vereda Campo Alegre	15/02/1971 3108091542	X		Alba Car	X	
3	CC	31330792	Ibbyrs Sánchez Badoya	43		X																									Nueva EPS	Carrera 3 #4-27	5/04/1980 3177440295	X		Ibby	X	
4	CC	18601987	Hector Pedro Carmona	54	X																										Asmet	Ciatocito	27/10/1965 3103765773	X		Hector	X	
5	CC	24544275	María Morales Hernández	72		X																									Nueva	La cumbre	10/07/1950 3173280609	X		Mame	X	
6	CC	18603420	David Mejía González	39	X																										Nueva	Vereda Ceató	9/11/1982 3206798122	X		David Mej.	X	
7	CC	24789387	Isabel Ramón Arenas	56		X																									Pijaos	Barrio Fundadores	07/01/1966 320562433	X		Isabel	X	
8	CC	65814221	Marcela Guarnizo Luna	54		X																									Nueva	Ciatocito	14/11/1965 3137269025			Marcela	X	
9	CC	[illegible]	Yamy Tangarife	40	X																										Asmet	La soledad	23/01/1983 3155158225		X	Yamy	X	
10	CC	[illegible]	Alberto Oñor Valdés	74	X																										Nueva	Loma hermosa	3/01/1949 3209923633		X	albarto	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): COM DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	4527554	Pedro Angel Gonzales	72	X																										Nueva	Villa Claudia	30/07/1950 3158690598		X	pedro angel	X	
12	CC	100 51589	José Tomás Fuentes	46	X																										Nueva	Villa Claudia	18/11/1976 3212953187		X	jose D.	X	
13	CC	4527980	Manuel Orozco Cortes	61	X																										Nueva EPS	Calle 4 #23	4/4/1962 3194119071	X		manuel O.	X	
14	CC	20612284	Dayanira Quintero Diaz	76		X																									Nueva EP	Carrera #3	21/03/1947 3117461213	X		Dayanira	X	
15	CC	4527219	Eliecer Geraldo Geraldo	71	X																										Nueva ES	Jamairoya	19/04/1951 3213574994		X	eliecer	X	
16	CC	15363852	Nelson Aguirre Ospina	68	X																										Asmet	Jamairoya	13/02/1955 3106947901		X	nelson	X	
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFONICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

27- Octubre - 2022 - Mestizos

1012

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN RIESGO CARDIACO
FECHA: 07-09-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO SDO 16409
ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Yaneth Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	25002213	Ayleen Tatiana Tovar Lora	30		X																									Nueva EPS	Carrera 5# 5-58	3128663890	X		elena tovar	X	
2	CC	24392585	Fiorenella Martinez	57		X																									Salud total	Cielo	26/08/1966 3005454557		X	FIRMA	X	
3	CC	4445889	Gildardo Betancur	68	X																										Nueva	La castalina	4/04/1954 3203702887		X	gildardo	X	
4	CC	24009169	Rubelio Gomez de J.	72		X																									Asmet	El Roco	07/01/1951 3176174749		X	RUBRICA	X	
5	CC	15910195	Ramiro Morales M.	38	X																										Coosalud	Jamaicayo	01/06/1949 3137189753		X	ramiro	X	
6	CC	25169357	Maria Eloy Rodriguez	60		X																									Nueva	Calle 6ta S	27/01/1963 3126717796	X		Firma	X	
7	CC	1088018469	Yenni Cardona Montes	32	X																										Nueva	Barrio El progreso	12/09/1990 3127261673	X		Yenni	X	
8	CC	25000913	Odi Tascon Montes	46		X																									Nueva	Tauro	26/05/1976 3163566430		X	Odi Tascon	X	
9	CC	1192845416	Diana Cristina Tenorio	34		X																									Pijaos	Bello Horizonte	26/05/1988 3164625839		X	Diana C.	X	
10	CC	42478646	Gloria Sanchez Escobar	65		X																									Nueva	Calle 11#5 A Fundador	14/09/1957 3113944132	X		gloria S.	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	CC	1096037189	Yesenia Castañeda Mosquera	37		X																									Asmet	La junta	3183642690		X	Yesenia	X	
12	CC	10055548	Jaime Toro Velez	78	X																										Asmet	Carrera 4#3	28/09/1944 3059003148	X		JAIME	X	
13	CC	4629563	Omar Garcia Grajales	64	X																										Asmet	Plaza principal	26/11/1954 3113347198	X		Omar Garcia		
14	CC	25000043	Claudia Colorado Arbole	56	X																										Nueva	Cra 4 #4	19/03/1967 3122692700	X		claudia		
15	CC	24396584	Luz Hernandez Garcia	57		X																									Nueva	La selva alta	02/05/1965 3166005721		X	Luz Hernandez	X	
16	CC	24483970	Luz Otaluara Quintero	52		X																									Coosalud	Villa claret	15/08/1970 3185671278		X	Luz Otel	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

NO	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA RENERICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	60319193	Delia Rosa Pacheco	56		X																						X		Nueva EPS	El Decreo	09-03-1967 3162936295		X	Delia Rosa	X	
12	CC	25000700	Floralba Valencia	50		X																						X		Nueva EPS	El Progreso	03-07-1972 3225985870	X		Floralba V	X	
13	CC	25001119	Claudia Milena Naranjo	43		X																							X	Nueva EPS	cra 5 # 5-60	06-09-1979 3127658802	X		claudia mil.	X	
14	CC	4525281	Diego Mauricio Naranjo	38	X																							X		Nueva EPS	cra 5 # 6-36	24-07-1984 3205602256	X		Diego mau	X	
15	CC	1004993677	Alexander Herrera P.	36	X																							X		Nueva EPS	ciatocito.	07-09-1986 3207602860		X	Alexand..	X	
16	CC	41030811	Adriana Maria	40		X																							X	coosalud	cra 4 # 3-44	18-09-1982 3187838448	X		Adriana	X	
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	RECIENTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	8304591	Jaime de Jesus Franco	73	X																						X			Nueva EPS.	La soledad	20-05-1949 3135867427		X	Jaime de jesus.	X	
12	CC	24989192	Maria del carmen Velez M	61		X																						X			Asmet Salud	calle 2 #5A-21	01-08-1961 3137926148	X		Maria del carmen	X	
13	CC	1093536614	Cindy Tatiana Salazar Z.	30		X																						X			Asmet Salud	Manga del mister	25-04-1993 3233013944	X		Cindy tatiana.	X	
14	CC	93259600	Samuel Becerra C.	46	X																							X			Pijaos Salud	centro	28-09-1976 3178151342	X		samuel becerra	X	
15	CC	25001565	Francy Carolina Cano.	39		X																						X			coosalud	cra 4 # 6-67	23-05-1983 3114745190	X		francy carolina	X	
16	CC	1093533445	Cristal Andrea Ramirez	36		X																						X			SOS	manga del mister. cra 3 # 26	09-06-1986 3136266429	X		Cristal Andrea	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	RECLUSIONADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	18601599	ABEL Angel Quintero G	58	X																						X			Pijaos Salud	La Cristalina-	23/09/1964 3213394227		X	Abel cuyo	X	
12	CC	1090148466	EIDI Geraldine Domico C	18		X																					X			Nueva EPS	Barrio Fundadores	02/06/2004 3117735644	X		Eidi Gerd.	X	
13	CC	25000450	Rosa Elena Orozco T.	45		X																					X			Coosalud	calle 6 casa 209	16/05/1977 3117186209	X		Rosa elena	X	
14	CC	1105611567	Diana Sorely Cuadros M	36		X																					X			Nueva EPS	Barrio Fundadores	13/12/1986 3117735644	X		Diana Sorely	X	
15	CC	95741	Juan de Dios Zuleta	76	X																						X			Asmet Salud	cra 5 # 7-30	14/08/1946 3116788054	X		Juan d. S.S	X	
16	CC	18603240	Julian Cano Tobon.	41	X																						X			Nueva EPS.	Barrio Fundadores	19/06/1981 3155117385	X		Julian cano	X	
17	CC																																				
18	CC																																				
19	CC																																				
20	CC																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO
LLAMADA TELEFÓNICA: [ ]
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: [ ]
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: [ ]

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO ( )

07- Octubre-2022

1013

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN RIESGO CARDIOV.
FECHA: 07-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COOP 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nately Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICE FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	71184654	Heriberto Cardoño Alvarez	68	X																										Nueva	Yarmal	25/04/1954 3233239054		X	heriberto	X	
2	CC	4379097	Silvio Muñoz Jimenez	66	X																										Nueva	El recreo	24/04/1956 3154869821		X	silvio Muñoz	X	
3	CC	4522269	Joaquin Lopez Lopez	70	X																										Nueva	Valladolid	26/09/1952 3148690008		X	Joaquin	X	
4	CC	1127494376	Mario Garcia Gomez	29		X																									Nueva	Pairupa	10/06/1993 3165437541		X	mario garcia	X	
5	CC	1093333746	Luz Valencia Acosta	38		X																									Pijaos	Cra 4#11-98	25/02/1983 3145300981		X	Luz Rivera	X	
6	CC	10009083	Jose Colorado Zapata	44	X																										Asmet	Tatamas	9/12/1978 3148516442		X	Jose	X	
7	CC	4579920	Jose Bedoya Ossa	67	X																										Pijaos	Comicia 3#6-48	04/07/1955 3172752975	X		Jose Bedoya	X	
8	CC	100499 3817	Monica Cardona U	27		X																									Asmet	Calle 8#446	11/04/1996 3164887853	X		Monica C.	X	
9	CC	25 0001201	Martha Tascon Tascon	53		X																									Asmet	Itarry	18/10/1964 3182623797		X	martha	X	
10	CC	16201566	Gildardo Acevedo	70	X																										Asmet	Amurrapa	8/8/1952 3207463038		X	gildardo	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	45273 34	Guillermo Valencia Valencia	70	X																										Asmet	Fundadores	08/06/1957 3174468200	X		Guillermo	X	
12	CC	24410 823	Tarcio Salome Lundaño	76		X																									Asmet	Hoya. Clamano	27/01/1947 3187488465	X		No firma	X	
13	CC	24909 565	Adela Varbe Castaño	64		X																									Cavu	Carre 2#7-41	24/08/1958 3127638868	X		adela	X	
14	CC	40083314	Mariana Montes Valencia	56		X																									Pijaos	Pampa	21/8/1966 3135328262		X	maria montes	X	
15	CC	25094 045	Amparo Vidal de Valencia	79		X																									Nuevo	El progreso	14/04/1943 3226647310	X		amparo	X	
16	CC	25001162	Nancy Plazas Tedino	43		X																									Cosmitet	Carre 5#6-001	14/08/1979 3217565121	X		Nancy	X	
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO. LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

08-Octubre-2022 Mestizos

1014

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOVASCULAR
FECHA: 8-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO 000 # 10405

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nataly Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICE FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPHA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25001062	Gloria Restrepo Camar	46		X																									Cosalud	Calle 4#36	21/12/1970 3137881419	X		Gloria	X	
2	CC	13957790	Omar Cifuentes	45	X																										Positivo		30/04/1977 3412524172			[illegible]	X	
3	CC	25000696	Yolanda Lopez Gomez	51		X																									Asmet	Calle 3#5-20 Mister	25/03/1972 3123528704	X		Yolanda Lopez	X	
4	CC	4252978	Diego Arcos Urrutia	43	X																										Asmet	Carrera 5 #5-48	05/01/1980 3178392666	X		[illegible]	X	
5	CC	10888204 797	Geraldine Agudo	18		X																									Nueva	Manga del mister	14/02/2004 3173284287	X		Geraldine	X	
6	CC	1085 796 337	Andrea Henao Henao	19		X																									Pijao	San José	21/1/2004 3104100563	X		andrea	X	
7	CC	43 912 476	Luz Adriana Marin Ch	40		X																									Asmet	El indio	24/09/1982 3136287878	X		Luz adriana	X	
8	CC	25001147	Mari Betancur G	43		X																									Asmet	Fundadores	27/09/1979 3112896788	X		Mari Betancur		
9	CC	1004733046	Juliana Patiño Betancur	23		X																									Pijaos	Fundadores	17/06/1999 3134270678	X		Juliana P	X	
10	CC	24622264	Maria Garcia Castaño	63		X																									Nueva	Carrera 5	24/11/1983 3219730670	X		maria Gar	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	1093553 850	Nicho Garcia Giraldo	36		X																									Nueva	Las Cristalina	21/07/1986 3188684758		X	[illegible]	X	
12	CC	114401980	Karolina Marin Marin	26		X																									SOS	Carrera 2	29/05/1996 3043936457	X		Karolina M	X	
13	CC	1117449 6853	Jaidi Rivera Pinso	37		X																									Asmet	El indio	24/11/1985 3137027943		X	Jaidi	X	
14	CC	11486 91359	Mary Luz Quintero Tobon	31		X																									Asmet	Pinares	4/05/1992 3148596778	X		[illegible]	X	
15	CC	25001776	Luz Velasquez Arango	37		X																									Nueva	Calle 4 #4-40	12/09/1985 3137345926	X		[illegible]	X	
16	CC	25000810	Luz Mirian Rios Granada	47		X																									Pijaos	Calle 11 #5 325	12/07/1975 3184420267	X		Luz Mirian	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #21
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
FECHA: 19-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD. I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	15486917	Ricardo Antonio Perez O	51	X																							X			Asmet salud	Citru	26-12-1971 3206232095		X	Ricardo	X	
2	CC	1088253383	Hector Mario Torres T.	35	X																							X			Asmet Salud	Santa Fe	09-07-1987. 3146709005		X	Hector M.	X	
3	CC	4528213	Luis Oracio Gomez M	57	X																							X			Asmet Salud.	Cuanza	05-06-1965 3175807287		X	Luis Oracio	X	
4	CC	21589215	Emelina Del Carmen Paux	47		X																						X			Asmet Salud	La Cristalina	06-11-1975 3135183542		X	Emelina	X	
5	CC	25001819	Sandra Yulieth Aguirre C	37		X																						X			Asmet Salud.	Manga del mister	15-10-1985 3127967029	X		Sandra	X	
6	CC	1093533573	Diana Patricia Hoyos M	35		X																						X			Asmet Salud	calle 9 # 3-36	03-07-1987 3118769977	X		Diana Patricia	X	
7	CC	16489192	Uriel Ruiz Mejia	56	X																							X			Asmet Salud.	Cinto	11-03-1967 3172216260		X	Uriel Ruiz	X	
8	CC	1007924344	Norma del Carmen Barios	28		X																						X			Asmet Salud	Amurrapa	16-07-1994 3118902573		X	Norma del	X	
9	CC	67008725	Andrea Soreano Marin	45		X																						X			Asmet Salud	La soledad	25-05-1977 3148109682		X	Andrea Soreano	X	
10	CC	1004993818	Yeimy Yuliana Cardona	27		X																						X			Asmet Salud.	calle 8 # 4-46	11-04-1996 3116475184	X		Yeimy	X	

#	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)											PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	RPMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	1093534433	Claudia Milena García	34		X																					X			Asmet salud	calle 8 # 4-29	09-05-1988 3176178097	X		Claudia	X	
12	CC	1083533433	Olga Liliana Eusse G.	37		X																					X			Asmet Salud	La cumbre	31-01-1986 3217584333		X	Olga Liliana	X	
13	CC	1122467447	Yeny Marcela García R.	41		X																					X			Asmet Salud	Cra 4 #4	13-03-1982 3135513523	X		YENY G.	X	
14	CC	25001069	Luz Miriam Platas M.	44		X																					X			Pijaos Salud	Santa Fe.	28-07-1978 3117843309		X	Luz Miriam	X	
15	CC	25001322	Ana delia Ramirez S.	43		X																					X			Pijaos Salud.	Calle 4 # 4 -24	14-08-1979 3128405531	X		ANA RAMIREZ	X	
16	CC	1004993730	Leidy Yohana Parra	23		X																						X		Pijaos Salud	calle 8 # 2-35	21-01-2000 3148740774	X		Leidy Yohana Parra	X	
17	CC																																				
18	CC																																				
19	CC																																				
20	CC																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

20-OCT-2022

1C.16

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael +4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Riesgo Cardiovascular
FECHA: 20-09-22
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Cod I 10409

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nately Garcia

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PYMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1000438597	Sergio Andres Espitia	24	X																							X			Pijaos Salud	calle 6 #2-60	30-04-1999 3146266428	X		Sergio and.	X	
2	CC	25163806	Maria Eugenia Jaramillo L	54		X																						X			Pijaos Salud	cra 3 # 9-41	18-12-1968 3168177446	X		Maria Eugeni.	X	
3	CC	25001704	Diana Carolina Ruiz	38		X																							X		Nueva EPS.	cra 2 # 7-20	15-01-1985 3203340648	X		Diana carol.	X	
4	CC	21686370	Luz dari Agudelo O	56		X																						X			Nueva EPS	calle 6 # 2-50	12-10-1966 3128134953	X		Luz dari	X	
5	CC	42027577	Beatriz Cardona H	49		X																							X		Nueva EPS	calle 5 # 5-34	03-05-1973 3105347177	X		Beatriz and	X	
6	CC	1093534309	Alba liba Ramirez S	34		X																						X			Nueva EPS	Barrio Pinares	02-10-1988 3137510739	X		Alba liba	X	
7	CC	25000538	Martha Liliana Gonalez	54		X																						X			Nueva EPS	Cisto	03-04-1969 3116138057		X	Martha Lil.	X	
8	CC	64700806	Maria Ximena Chaves	40		X																						X			Nueva EPS	cra 5 # 5-14	07-10-1982 3128118313	X		Mari Ximen.	X	
9	CC	71490622	Jaime de Jesus Cañas	59	X																								X		Nueva EPS	Santa Cecilia	04-02-1964 3205792609		X	Jaime d. js	X	
10	CC	1004627587	Carlos Andres Posada	21	X																							X			Nueva EPS	cra 4 # 4	10-07-2001 3117366534	X		Carl. and.		

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN RIESGO CARDIOVASCU
FECHA: 21-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25000501	Maria Edilia Marquez	51		X																						X			coosalud	El Recreo	15-03-1972 3127981437		X	Maria	X	
2	CC	1128850285	Diana Astrid Camparra	35		X																						X			coosalud	Cicuepa	15-04-1988 3113223790		X	Diana	X	
3	CC	18602374	Jose Ancizar Perez	50	X																								X		coosalud	Villa Daniela	02-07-1972 3161682263	X		Jose	X	
4	CC	1093535908	Cindy Johana Lopera	31		X																						X			coosalud	Barrio Centenario	05-09-1991 3117079038	X		Cindy	X	
5	CC	1093186135	Marco Antonio V	19	X																							X			coosalud	Samaria	05-05-2004 3209923633		X	Marco	X	
6	CC	24415042	Beatriz Julieta S.	41		X																						X			coosalud	El progreso	31-10-1981 3184902926	X		Beatriz	X	
7	CC	7843127	Jairo Antonio Tique	58	X																							X			coosalud	Palo Blanco	11-05-1964 3163703988		X	Jairo A.	X	
8	CC	42073922	Gloria Amanda Roman	59		X																						X			coosalud	calle 2 #4-08	23-04-1964 3147957562	X		Gloria	X	
9	CC	1004993609	Jose Daniel Quintero	22	X																									X	cosmitet	Taiba	24-09-2000 3128458359		X	Jose D	X	
10	CC	25000814	Liliana Restrepo	47		X																								X	cosmitet.	Taiba	16-06-1975 3103854192		X	Liliana	X	

Nº	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PANA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11	CC	25001095	Luz Adriana Cardona	44		X																								X	cosmitd.	calle 3 Mz 3 casa 3 Manga del Hister.	10-04-1979 3127643615	X		Adriana	X	
12	CC	24413810	Gloria Cecilia Grajales	51		X																							X		Pijaos salud	Yesid Arango Etapa 2	03-11-1971 3104668315	X		Gloria	X	
13	CC	21945540	Francia Nelly Valencia	57		X																							X		Asmet Salud	Santa Cecilia	06-08-1965 3147112070		X	Franco	X	
14	CC	1093537919	Viviana Ramos M	28		X																								X	SOS	Transversal 1 # 6-68	01-12-1994 3108263553	X		viviana	X	
15	CC	25000762	Luz Marina Gomez C	47		X																							X		SOS	calle 8 # 3-66	03-10-1976 3207482150	X		Luz Marina	X	
16	CC	10294417	Ariel Hurtado E.	55	X																									X	SOS	calle 5 # 5-43	17-01-1968 3125281900	X		Ariel	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS. ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 22 OCT-20-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # 110409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: CESAR QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	1	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093532431	Diego Ferney Patiño C.	36	X																						X			Asmet salud	Santa fe.	14-11-1986 3177481080		X	Diego patiño.	X	
2	CC	53918202	Sandra patricia Santos	45		X																					X			Asmet salud	Calle 6 # 4	27-06-1977 3212604067	X		Sandra Santos	X	
3	CC	1093535911	Deisy Yamile Gutierrez	31		X																					X			Asmet salud	mzL casa 204 El Progreso	07-11-1991 3216774605	X		deisi yamile.	X	
4	CC	18602341	Raul Antonio Valencia	51	X																						X			Asmet salud	La sonora	13-08-1971 3155417049		X	Raul Antonio	X	
5	CC	75001297	Manuel Belazque	43		X																					X			Asmet salud	Calle 9 # 3-23 pinares	15-10-1979 3145392832	X		Manuel B.	X	
6	CC	1005010948	Angie natalia Gomez	20		X																					X			Asmet salud	Cra 4 # 8-07	03-04-2003 3216974577	X		angie natalia.	X	
7	CC	1094881811	Angie Paola Calderon	20		X																					X			Asmet salud	Los Pueblos Finca el cristo	10-03-2003 3184257809		X	angie paola C.	X	
8	CC	1093539463	Flor Maria Betancourt	24		X																					X			Asmet salud	Loma hermosa	16-01-1999 3215602731		X	Flor maria B.	X	
9	CC	1010107343	Yimi Alexandro Gomez	23	X																						X			Asmet salud	Villa Daniela	29-05-1999 3202534036	X		Yimi Alexandro	X	
10	CC	1004994040	Kenner Granada	20	X																						X			Asmet salud	Pinares Cra 3 # 9-59	19-02-2003 3116639561	X		Kenner G.	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICION)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	16230893	Julio Cesar Guzman.	47	X																								X		Asmet Salud	cra 4 # 3-30	13-04-1976 3116325669	X		Julio cesar.	X	
12	CC	94445970	Jorge Wilson H.	44	X																							X			Pijaos Salud	El Recreo	25-12-1978 3174372509		X	Jorge wilson.	X	
13	CC	1193380767	Luis Fernando Leiva A	23	X																								X		Asmet Salud	Barrio Fundadores Cra 5 # 10A-24	04-09-1999 3105043258	X		Luis Fernando	X	
14	CC	1093538731	Yessica Lucia Zamora	26		X																						X			Asmet Salud	cra 4 # 10-82	11-08-1996 3206891498	X		Yessica Lucia	X	
15	CC	1193336957	Maria Jose Yepes	21		X																							X		Asmet Salud	cra 5 # 4-28	21-02-2002 3106868058	X		maria jose Yepes	X	
16	CC	25000027	Maria Harleny R.	56		X																						X			Asmet salud.	cra 5 # 4-03	03-04-1967 3128249179	X		maria Harleny L	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

22-oct-2022 amarillo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIO
FECHA: 22-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CONT I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA [illegible]

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPS	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1093539586	Carlos Valencia J.	71	X																							X			Nueva EPS.	Hogar del Anciano	31-12-1951 3187488463		X	carlos	X	
2	CC	4527725	Guillermo Velez Mora	62	X																								X		cosmitet	Pueblo Rico	20-01-1961 no tiene	X		Guillermo	X	
3	CC	25001699	Luz Stella Quintero	38		X																							X		Nueva EPS	Cra 5 # 11A-17	02-11-1984 3127613281	X		Luz Stella	X	
4	CC	1061705551	Jonathan Nates	33	X																								X		Nueva EPS	La cuchilla.	11-02-1990 3103316462		X	Jonathan	X	
5	CC	1093537916	Norfi Elena Roman	28		X																							X		Pijaos salud	calle 6 # 2-09	13-04-1995 3113689827	X		Norfi	X	
6	CC	1336279	Luiz Gerardo B.	60	X																								X		Medimas	Barrio el progreso Mz 3 casa 212	02-05-1962 31336279	X		Luiz	X	
7	CC	25001074	Sorany Muñoz J.	45		X																						X			Asmet salud	El Recreo	05-05-1977 3104509880		X	Sorany	X	
8	CC	1092913617	Maria Alejandra Cañas	30		X																						X			Asmet salud	cra 5 Diagonal a Bomberos	04-03-1993 3226934955	X		Maria	X	
9	CC	1093539677	Luisa Fernanda Muñoz	24		X																							X		Asmet Salud	Manga del mister	19-06-1998 3147788628	X		Luisa	X	
10	CC	4512387	Jesus Fernando Galindo	41	X																							X			Asmet Salud.	soaya.	04-03-1982 3102538683		X	Jesus	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)														PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZÓ EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PRIMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	1097721911	Leidy Tatiana Valderrama	35	X																						X			Asmet Salud	Los pueblos La linea	08-03-1988 3186982106		X	Leidy	X	
12	CC	1007216350	Lina Marcela Bustamante	29	X																							X		Asmet salud	Barrio Pinares	23-05-1993 3118404449	X		Lina M.	X	
13	CC	1093540552	Juan Camilo Montoya	24	X																						X			Asmet Salud	calle 7 #2-08	28-06-1998 3207721109	X		Juan camilo	X	
14	CC	1093540073	Rodolfo Londoño B.	24	X																						X			Asmet Salud	curumbara	15-12-1993 3192229852		X	Rodolfo	X	
15	CC	18603378	Ricardo Antonio A.	40	X																						X			Asmet Salud.	El indio.	14-06-1982 3206814648		X	Ricardo	X	
16	CC	75001430	Elsa Yulieth Cano R	41		X																					X			Asmet salud.	La iberia.	02-06-1981 3196718016		X	Elsa	X	
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 24-Oct-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # I10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1007214098	Yojan David Betancurth	20	X																							X			coosalud	calle 5 #5-23	16-12-2002 3112678681	X		Yojan David	X	
2	CC	25001084	Luz Delia Valencia V	45		X																						X			coosalud	La sonora	18-08-1977 3178045311		X	Luz Delia V. V	X	
3	CC	24549522	Liliana Patricia Pendon	51		X																						X			Asmet salud	La cabaña	27-06-1971 3128818076		X	Liliana Patricia	X	
4	CC	18602893	Arley Garcia Lopez.	45	X																							X			Asmet salud.	Valla dolid	24-07-1977 3216267461		X	arley Garcia	X	
5	CC	1004994017	Anyi Yuliet Montes F.	24		X																						X			Asmet Salud	Parrupa	08-04-1999 3175294556		X	angi yuliet M.	X	
6	CC	1093534642	Diana Marcela Martinez	34		X																						X			Asmet Salud	Centro	31-01-1989 3226779792	X		Diana Marcela	X	
7	CC	1004518870	Anlly Paola Jimenez J.	25		X																						X			Asmet Salud	EL ROCIO	15-10-1997 3196329212		X	anlly paola J	X	
8	CC	18603239	Gonzalo de jesus L.	42	X																							X			Asmet Salud	La trinidad	29-11-1980 3164156170		X	Gonzalo de jesus	X	
9	CC	18601958	Jose durlandy Jimenez	55	X																							X			Asmet Salud.	EL ROCIO.	28-12-1967		X	Jose durlandy.	X	
10	CC	25000986	Maria Rocio Davila M.	59		X																						X			coosalud.	calle 4 # 3-21	29-11-1963 3147732746	X		Mª Rocio Davila	X	

1021

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 25-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 3:00 pm
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	R	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RADALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	27978320	Sandra Victoria Hernand	48		X																						X			nueva EPS	La trinidad	25-09-1974 3163071017		X	Sandra Victoria	X	
2	CC	4527306	Pedro Ferley Jimenes P.	68	X																							X			coosalud	EL ROCIO	04-04-1955 3177841419		X	Pedro Ferley	X	
3	CC	1087601105	Natalia Uribe G.	25		X																						X			Asmet Salud	Mz-6-casa 12 Manga del Mister	01-06-1997 3106665105	X		Natalia Uribe	X	
4	CC	6211754	Felix Arcadio Arroyave	65	X																							X			Pvaos salud	Ciato	28-08-1957 3108847334		X	Felix Arcad.	X	
5	CC	18602429	Ciriaco de Jesus Ramirez	50	X																							X			Asmet salud.	La Iberia.	23-06-1972 3504077583		X	Ciriaco de	X	
6	CC	18601566	Javier de Jesus Carmona	59	X																							X			nueva EPS	Cra 3 # 8-66	27-01-1964 3A7641219	X		Javier de Jesus	X	
7	CC	25001360	Maria Consuelo Montes	53		X																						X			coosalud	El Progreso	11-08-1969 3104723536	X		Maria consuelo	X	
8	CC	25001371	Gloria Acenet Vargas	41		X																							X		nueva EPS	Mz casa 106 El Progreso	18-01-1982 3127195111	X		Gloria Acenet	X	
9	CC	18602439	Jhon Jairo Cardona C.	51	X																							X			nueva EPS.	Piedras	30-01-1972 3168495087		X	J Manjarrez	X	
10	CC	18601944	Lua Gustavo Esco B	56	X																							X			Pvaos salud.	Kundumi	12-02-1967. 3187512645		X	Juan Gustavo	X	

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)														PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	CTV	ZOONOSIS	SM-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11	CC	1072072853	Robinson Ramos L.	33	X																									X		Pijaos salud	Plaza Principal	16-01-1990 3132535259	X		Robinson	X	
12	CC	25001461	Olga Patricia Velez G.	41		X																								X		Pijaos salud.	Villa daniela	27-11-1981 3146959698	X		Olga Patricia	X	
13	CC	43621469	Marlen del socorro Ospina	46		X																								X		Pijaos salud	calle 6 # 2-64	3106046058	X		Marlen del socorro	X	
14	CC	1093535119	Yasmin Lopez Osorio	33		X																								X		Coosalud	cra 5 diagonal al Hospital.	3233889642	X		Yasmin Lopez	X	
15	CC	18669638	Helda Ruby Hoyos R.	55		X																								X		coosalud	La sonora	3183520779		X	Helda Ruby	X	
16	CC	18601982	Norberto de jesus R.	55	X																									X		coosalud	La Iberia.	3206979915		X	Norberto de J.	X	
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

Versión: 01

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO RISARALDA

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIOVASCULAR
FECHA: 26-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CDO #10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SP-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	35755173	Francia Elena Rivas R.	61		X																						X			Asmet salud	Piedras	20-11-1961 3126752662			Francia Elena	X	
2	CC	1117962451	Daniel Morales S.	21	X																								X		Asmet salud	Manga del Mister	20-11-1961 3122419607	X		Daniel Morales	X	
3	CC	1004831403	Leidy Yohana Arias C	35		X																							X		Asmet salud	ciatocito	04-02-1988 3127779901		X	Leidy Yohana	X	
4	CC	1093539767	Cristian Andres Jimenes.	24	X																								X		Asmet salud	cra 5A 306 Manga del Mister	15-09-1998 3123679222	X		Cristian and.	X	
5	CC	1004994027	Luisa Maria Cardona V	21		X																							X		Asmet salud	villa daniela	19-03-2002 3212695324	X		Luisa Maria	X	
6	CC	1004994147	Maria Camila Moreno.	19		X																						X			Asmet salud	ciatocito	06-09-2003 3126123967		X	Maria Camila	X	
7	CC	1004993614	Juan Andres Plazas V	22	X																							X			Asmet Salud	calle 9 #3-27	04-07-2000 3125806284	X		Juan pedro	X	
8	CC	1006426289	Valentina Osorio H.	22		X																						X			Asmet salud	cra 5 # 7 Bis	10-01-2001 3104206109	X		Valentina	X	
9	CC	1073537508	Erika Juliana Berrio.	28		X																							X		Asmet salud	cra 5 # 10A-23	09-11-1994 3122016726	X		Erika juli.	X	
10	CC	24999963	Marleny Carmona C.	57		X																						X			Asmet salud	centro.	20-12-1965 3118097849	X		Marleny	X	

NO	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)																PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PSI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SF-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PIMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS								U	R		SI	NO
11	CC	1088538248	Hugo Andres Cardona	28	X																														Csmet	Calle 7#3-36	21-02-1995 3145492509	X		Hugo Andres	X	
12	CC	1093586823	Juan David Morales	29	X																														ASmet	Santa Cecilia	15-09-1993 3128059298		X	Juan David	X	
13	CC	18607086	Carlos Octavio Herrera	54	X																														Asmet	Campo Alegre	1507-1968 3155700194		X	Carlos O.	X	
14	CC	1089904261	Derly Alexandra Gallego	19		X																													Asmet	villa clared	18-07-2008 3108914486		X	Darly G	X	
15	CC	25000478	Magnolia Amparo Lopez	60		X																													Asmet	El rocio	06-01-1963 3177841419		X	Magnolia L	X	
16	CC	4527345.	Joaquin Emilio Gil G	73	X																														Asmet.	Curumbara.	24-12-1949 3136158835		X	Joaquin E.	X	
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

1023

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: R HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 27-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLIQ° FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	18603130	Luis Aníbal Patiño M.	43	X																								X		Nueva EPS.	Centro	23/04/1980 3148648706	X		Luis aníbal	X	
2	CC	42093168	Eva María Castro C.	60		X																						X			Asmet salud	Santa Cecilia	27/04/1962 3126786011			Eva María	X	
3	CC	24386659	Ofelia de Jesús Quintero	71		X																						X			Asmet salud	La cumbre	10/01/1952 3206444806		X	Ofelia	X	
4	CC	25000617	Luz Dari Estrada I	49		X																						X			Asmet salud.	La soledad	04/07/1973 3117751909		X	Luz dari	X	
5	CC	35605132	Leonise Zapata P.	68		X																						X			Nueva EPS	Piedras	17/12/1954 3137642665		X	Leonise Zapata	X	
6	CC	18602154	Sergio Vasquez G	55	X																							X			Nueva EPS.	Santa Cecilia	20/11/1967 3159251865			Sergio Vasquez	X	
7	CC	25007206	María Isabel Cardona	64		X																						X			coosalud	La maria villa claret	11/12/1958 3178320333		X	María Isab.	X	
8	CC	25001367	Zoraida del so Carbajal	45		X																						X			Asmet salud	Valladolid	27/07/1977 3127149723		X	Zoraida del	X	
9	CC	18531770.	Libardo Taborda E.	49	X																								X		Asmet salud	Cra 4 # 8-68	28/12/1973 3205878946	X		Libardo Ta.	X	
10	CC	1004993710	Alba nelly Benitez	35		X																						X			Asmet salud	Soaya.	06/03/1988 3205710416		X	Alba nelly	X	

No	TIP DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOOMOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	1088241522	Robertadrian Celis M	36	X																							X			Asmet salud	Santa Cecilia	19-08-1986 3208828794			Robertadrian	X	
12	CC	35940246	Maria Ligia Garcia O.	53		X																						X			Asmet salud	Manga del Mister	25-04-1969 3215745509	X		Maria Ligia	X	
13	CC	25000011	Luz Marina Quintero	57		X																						X			Asmet salud	La cristalina	14-01-1966 3166043478		X	Luz Marina	X	
14	CC	6112101	Arnobis Orozco	69	X																							X			Asmet salud	Manga del mister MZ 3 casa 17	04-04-1954 3195911762	X		Arnobis Orozco	X	
15	CC	25000632	Ana Margarita Diaz	52		X																						X			Asmet salud	El progreso MZ 2 casa 203	01-12-1970 3148276096	X		Ana Margarita	X	
16	CC	4551387	Guillermo de Jesus Atehor	64	X																							X			Asmet salud	La soledad.	14-04-1959 3147336867		X	Guillermo d.	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR 44
FECHA: 28-09-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA OLIVERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SRASD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1112761568	Yorleidy Estrada Ruiz	36		X																						X		SOS	Cra 2 # 6-26	4/20/1987 3152102957	X		Yorleidy	X	
2	CC	1005020294	Angy Paola Vargas O.	20		X																						X		nueva EPS	CALLE 3 # 4-08	3/22/2003 3157649910	X		Angie V	X	
3	CC	25001292	Bertilda Giraldo Cortez	44		X																						X		Asmet salud	⊥ tauri	6/10/1978 3207237013		X	Bertilda	X	
4	CC	25001618	Marci Quiceno Cortez	42		X																						X		Asmet salud	⊥ tauri	12/14-/1980 3195102153		X	Marci Quiceno	X	
5	CC	75535513	Carlos Alberto Cruz D.	55	X																							X		Asmet salud	La soledad	9/24/1967 3235269148		X	Carlos Alberto	X	
6	CC	1085401241	Leidy Monica Valencia C	24		X																						X		Asmet salud.	Cra 2 # 7-47	4/26/1999 3232337983	X		leidy monica	X	
7	CC	1093186087	Daniela Yisel Duque M	19		X																						X		Asmet salud	calle 8 # 3-07	11/6/2003 3213716410	X		Daniela Yisel	X	
8	CC	1093589851	Paula Andrea Escobar	24		X																						X		Nueva EPS	La soledad.	8/24/1998 3218888593		X	Paula and.	X	
9	CC	55176215	Maria Florenia Santos	54		X																						X		Asmet salud	Villa claret	12/10/1968 3203772334		X	Maria Flore	X	
10	CC	4526884	Pedro Jose Velez V	76	X																							X		Asmet Salud	Soaya	6/26/1946 3188418930		X	Pedro Velez	X	

19-OCTUBRE 2022.

1025

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 29-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # IT0405

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	15486917	Ricardo Antonio Perez	51	X																							X			Asmet salud	Citru	26-12-1971 3206232095		X	[illegible]	X	
2	CC	1088253383	Hector Mario torrez T.	35	X																							X			Asmet Salud	Santa fe	09-07-1987 3146709005		X	[illegible]	X	
3	CC	4528213	Luis Horacio Gomez M.	57	X																							X			Asmet salud	cuanza	05-06-1965 3175807287		X	[illegible]	X	
4	CC	21589215	Emelina del Carmen Paux M.	47		X																						X			Asmet salud.	La cristalina	06-11-1975 3135183542		X	[illegible]	X	
5	CC	25001819	Sandra Yulieth Aguirre C.	37		X																						X			Asmet salud	Manga del Mister	15-10-1985 3127967029	X		[illegible]	X	
6	CC	1093533573	Diana Patricia Hoyos M.	35		X																						X			Asmet salud	calle 9 #-3-36	03-07-1987 3118769977	X		[illegible]	X	
7	CC	16489192	Uriel Ruiz Mesia	56	X																							X			Asmet salud	cinto	11-03-1967 3172216260		X	[illegible]	X	
8	CC	1007824344	Norma del carmen Barrios	28		X																						X			Asmet salud.	Amurrapa	16-07-1994 3118902573		X	[illegible]	X	
9	CC	67008725	Andrea Soriano Marin	45		X																						X			Asmet salud	La soledad	25-05-1977 3148109682		X	[illegible]	X	
10	CC	1004993818	Yeimi Yuliana Cardona	27		X																						X			Asmet salud.	calle 8 #4-46.	11-04-1996. 3116475184.	X		[illegible]	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	HEMOFILIACOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	IPINA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	1093534435	Claudia Milena Garcia L.	34		X																					X			Asmet salud	calle 8 # 4-29	09-05-1988 3176178097	X		claudia	X	
12	CC	42533435	Olga Liliana Cosse G	37		X																					X			Asmet salud	La combre	31-01-1986 3217584333		X	olga liliana	X	
13	CC	42146747	Yenny Marcela Garcia	41		X																					X			Asmet salud	cra 4 #4.	13-03-1982 3135513523	X		Yenny marcela	X	
14	CC	25001069	Luz Miriam Platas M.	44		X																					X			Pyaos salud	Santa Fe	28-07-1978 3117843309		X	Luz miriam	X	
15	CC	25001322	Ana delia Ramirez S.	43		X																					X.			Pyaos salud.	calle 4 # 4-24	14-08-1979 3128405531	X		Ana delia	X	
16	CC	1004498780	Yerdy Yohana Parra Diaz	23		X																						X		Pyaos salud.	calle 8 # 2-35	21-01-2000 3148740774	X		Yerdy yhur	X	
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

amarillo

1026

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO ROC
FECHA: 29-07-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CDP I 10405

ENTORNO: MESTRO
HORA DE INICIO: 7:00 PM
HORA FINALIZACION: 5:00 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1	CC	41700806	Maria Ximena Chaves	40		X																						X			Nueva EPS	cra 5 # 5-14	07-10-1982 3128118313	X		Maria X	X	
2	CC	21490622	Jaime de jesus Cañas	59	X																								X		Nueva EPS	Santa Cecilia	04-02-1964 3205792609		X	jaime	X	
3	CC	1004623578	Carlos Andres Posada	21	X																							X			Nueva EPS.	cra 4 # 4	10-07-2001 3173665346	X		Carlos	X	
4	CC	42039193	Delia Rosa Pacheco	56		X																						X			Nueva EPS	El recreo	09-03-1967 3162936295		X	delia	X	
5	CC	25000706	Floralba Valencia	50		X																						X			Nueva EPS	El progreso	03-07-1972 3225985870	X		Floralba	X	
6	CC	25001119	Claudia Milena N	43		X																							X		Nueva EPS.	cra 5 # 5-60	06-09-1979 3176558802	X		claudia	X	
7	CC	75529231	Diego Mauricio Naranjo	38	X																							X			Nueva EPS.	cra 5 # 6-36	24-07-1984 3205602256	X		diego	X	
8	CC	1004993677	Alexander Herrera P.	36	X																							X			Nueva EPS	Clatocito	07-09-1986 3207602860		X	Alexander	X	
9	CC	42030811	Adriana Maria Cardona	40		X																							X		coosalud	cra 4 # 3-44	18-09-1982 3187838448	X		Adriana	X	
10	CC	?	?																												?	?	?			?	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIONES)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	NÁUFRAGO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	RPMS	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				LI	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD.	CARGO	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

21-OCT-2022.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión. 01 | Vigencia. 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: RIESGO CARDIO VASCULAR
FECHA: 31-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD # 110409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)															PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	25000501	Maria Delia Marquez	51		X																						X			coosalud	El Recreo	15-03-1972 3127981437		X	Maria delia	X	
2	CC	1129850286	Diana Astrid Campaña	35		X																						X			coosalud	CICWEPA	15-04-1988 3113223790		X	Diana Astrid	X	
3	CC	18602374	Jose Anchar Perez	50	X																								X		coosalud	villa daniela	02-07-1972 3161687263	X		Jose Anchar	X	
4	CC	1093535908	Cindy Jhoana Lopera G.	31		X																						X			coosalud	Barrio Centenario	05-09-1991 3117099038	X		Cindy Jhoana	X	
5	CC	1093186135	Marco Antonio Valencia	18	X																							X			coosalud	Samaria	05-05-2004 3209923633		X	Marco Antonio	X	
6	CC	24415042	Beatriz Julieta Salazar	41		X																						X			coosalud	El progreso	31-10-1981 3184902926	X		Beatriz Julieta	X	
7	CC	7843127	Julio Antonio Tique	58	X																							X			coosalud	Palo blanco	11-05-1964 3163703988		X	Julio Antonio	X	
8	CC	42073922	Gloria Amanda Roman	58		X																						X			coosalud	calle 2 # 4-08	23-04-1964 3147957562	X		Gloria Amanda	X	
9	CC	1004493609	Jose Daniel Quintero	22	X																									X	cosmitet	TAIBA	2409-2000 3128458359		X	Jose Daniel	X	
10	CC	25000914	Liliana Restrepo	47		X																								X	cosmitet	Taiba	1606-1975 3103854192		X	Liliana R.	X	

NO	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA										ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11	CC	25001085	Luz Amanda Cardona	44		X																									X	cosmitet	calle 3 M 7 3 casa 3 manga del mister	10-04-1979 3127643615	X		Luz adw.	Y	
12	CC	24413810	Gloria Cecilia Grajales	51		X																							X			Pijaos salud	Yesid Arango Etapa 2	03-11-1971 3104668315	X		Gloria c.l.	X	
13	CC	21945540	Franor Nelly Valencia	57		X																							X			Asmet salud	Santa Cecilia	06-08-1965 3147112070		X	fm Cy a.l.	X	
14	CC																																					X	
15	CC																																					X	
16	CC																																					X	
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

1-nov-2022 Amarillo

1023

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #4
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
FECHA: 01-NOV-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CASA IJO409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 Am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1093534862	Jhon Jairo Castrillon	33	X																						X			Asmet salud	Bachichi	24-01-1990 3225330591		X	Jhon J.	X	
2	CC	1092944732	Luz Idaly Torres D.	28		X																					X			Asmet salud	Clatocito	2012-1994 3145939096		X	Luz Idaly	X	
3	CC	1093535900	Diego Alexander M.	31	X																						X			Asmet salud	clatocito	08-07-1991 3127277215		X	Diego	X	
4	CC	1093535530	Yessica Alejandra A.	32		X																					X			Asmet salud	calle 8 # 2-12	30-03-1991 3194666862	X		Yesica	X	
5	CC	1093186119	Angie Daniela Cañas	18		X																					X			Asmet Salud	cra 5 # 2-18	11-06-2004 3106210302			Daniela	X	
6	CC	18602363	Odilio Cardona C.	51	X																						X			Asmet salud	mz 2 casa 116 Barrio el Progreso	24-10-1971 312 8255903	X		Odilio	+	
7	CC	42066974	Gloria Lnes O.	49		X																					X			Asmet Salud	Mz 2 casa 6 villa Daniela.	08-09-1973 3137256312	X		Gloria	X	
8	CC	1093532105	Martin Emilio Lopez	31	X																						X			Asmet salud	Taiba	26-05-1991 3107349555		X	Martin	X	
9	CC	25000995	Angela Francedi G.	49		X																					X			Asmet salud	El Recreo	25-09-1973 3183888551		X	Angela	X	
10	CC	1093539885	Gustavo Alberto P.	24	X																						X			Asmet salud	cra 3 # 8-57	07-11-1998 3148744329	X		Gustavo	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPMA	ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	25000667	Lucidia Cuartas V	49		X																						X			Asmet Salud	CITYU	29-08-1973 3117509476		X	Lucidia	X	
12	CC	1093534080	Juan Manuel Solarte	21	X																							X			Asmet Salud	cra 4 # 9-48	28-11-2001 3232993486	X		Manuel	X	
13	CC	10009694	Alejandro Salazar	44	X																							X			Asmet Salud	calle 9 # 3-10 Anaves	05-02-1979 3105452308	X		Alejandro	X	
14	CC	25000029	Maria Marleny Guevara	60		X																						X			Nueva EPS	CITYU	18-12-1962 3164481772		X	Maria	X	
15	CC	25000502	Cenelia Castaño L.	51		X																							X		Nueva EPS.	casa 39 Yesid Arango	18-09-1971 3207988639	X		Cenelia	X	
16	CC	1088003974	Yajara Martin O	19	X																							X			Nueva EPS.	Villa clareth.	28-12-2003 3232401036		X	Yajaira	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
FECHA: 25-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CON 1 JORNADA
ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Estefe Gomez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SSR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	CC	94445970	Jorge Wilson H.	44	X																						X			Pijaos salud	El recreo	25-12-1978 3174372509	X		Jorge G.	X	
2	CC	1193370764	Luis Fernando Leiva	23	X																								X	Asmet salud	cra 5 # 10A-24 Barrio Fundadores.	04-09-1999 3105043258	X		Luis Fernando	X	
3	CC	1093538731	Yessica Lucia Zamora	26		X																					X			Asmet salud	cra 4 # 10-82	11-08-1996 3206891498	X		Yessica Z.	X	
4	CC	1133361957	Maria Jose Yepes.	21		X																					X			Asmet salud.	cra 5 # 4-28.	21-02-2002 3106868058	X		Maria Jose Y	X	
5	CC	25000027	Maria Marleny Rivera	56		X																					X			Asmet salud.	cra 5 # 4-03	03-04-1967 3128249179	X		Maria Rivera	X	
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

[illegible]-NOV-2022- [illegible]

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIO VASC.
FECHA: 25 NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD + I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	C	1004993780	Leidy Yohana Parra	23		X																							X		Pijaos salud	calle 8 # 2-35	21-01-2000 3148740774	X		Leidy Parra	X	
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

FAC.

No	TIP DOC	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 05

Realizar una búsqueda activa comunitaria (BAC) en las enfermedades inmunoprevenibles según lineamientos o metodología dada por el MSPS, en el tercer trimestre del año (agosto-octubre) con análisis en el mes de noviembre e información a responsables del programa de vigilancia de salud de la ESE Hospital San Rafael para los ajustes correspondientes y envió como soporte a la secretaria de Salud.

RECURSO HUMANO	enfermera + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	300 viviendas visitadas.
DURACION	Media hora por vivienda.
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Soporte a la secretaria de Salud RIPS con el CUPS I10307

Se entrega en el mes de DICIEMBRE

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No.06

Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda.

RECURSO HUMANO	Enfermera, psicologa y comunicador social
CANTIDAD:	200 PERSONAS
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Copia de el video RIPS con el CUPS I10104

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 21 de octubre al 03 de noviembre de 2022	**No:** 6.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACIOON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Concientizar e informar a la población mestiza del municipio de Pueblo Rico frente a diversos temas de la salud mental, la Prevención y mitigación del consumo de SPA y el suicidio en adolescentes.	
Tema: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.		**No Páginas:** 5	
Responsable: Psicóloga		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Municipio Pueblo Rico		**Zona:** Urbana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

La actividad se llevó a cabo en el municipio de Pueblo Rico. Para la cual se realizó un video con el fin de proporcionárselo a la comunidad para cumplir con el objetivo ya antes mencionado.

Se empieza realizando el video con la colaboración del Comunicador Social, en el que se explican los siguientes temas: Salud mental: La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la

OBERVACIONES

Se debe seguir realizando este tipo de prevenciones en el municipio, con el fin de que la población tenga una buena salud mental y que puedan disminuir los casos de suicidio, consumo de SPA y otros factores de riesgo psicosociales.

salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. Prevención y mitigación por el consumo de SPA y de tabaco: una sustancia psicoactiva es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia. Existen muchas formas de clasificar las sustancias psicoactivas dependiendo de su abordaje. A continuación, tres grandes grupos: Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas. Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas. Según la normatividad pueden ser ilegales o legales,	

por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales. prevención del suicidio en adolescentes: El suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 intentan suicidarse durante su vida y entre 10 % y 15 % lo culminan. Muchos de los adolescentes que se suicidan o intentan suicidarse tienen una enfermedad de salud mental. Como resultado, tienen problemas para hacerle frente al estrés de ser un adolescente, como lidiar con el rechazo, el fracaso, las rupturas, las dificultades de la escuela y la crisis familiar. También pueden ser incapaces de ver que pueden dar un giro a sus vidas, y que el suicidio es una respuesta permanente, no una solución, a un problema temporal. Estés por el confinamiento: Al duro aislamiento social por el confinamiento se suma que la carga de trabajo ha aumentado (teletrabajo, conciliación familiar, apoyo escolar de los hijos...). Sin olvidar que, para muchos la pandemia ha supuesto una amenaza de sus proyectos vitales y una alteración de su estilo de vida. Depresión: Es sumamente importante comprender que existen diferencias entre estar triste por una situación difícil o evento traumático por el que hemos pasado por un corto período de tiempo, y los síntomas de depresión. La depresión se caracteriza por sentimientos continuos de tristeza, desesperanza, irritabilidad, falta de motivación o interés por las cosas, falta constante de ánimo para hacer las cosas	

que antes nos gustaban, dificultad para tomar decisiones y no poder realizar las tareas que solemos hacer diariamente, entre otras. Autoestima: La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. resiliencia y asertividad. La resiliencia en psicología, capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc. Y el asertividad, Capacidad de expresar de manera directa, honesta, y adecuada las ideas, opiniones, necesidades o derechos personales, así como tomar uno/a mismo/a las propias decisiones siendo responsable de ellas y sirve para poder expresar los mensajes y los gestos de forma clara, con una actitud empática hacia a los demás. Comunicar las ideas de una forma sincera buscando siempre la forma de crear un ambiente positivo y sin conflictos. Dicho video se enseña a las personas del municipio, con el fin de que se viralice y poder prevenir y mitigar los diferentes temas y que puedan hacer uso de el en cualquier circunstancia si es necesario. Se le permitió que la población, realizara preguntas si así lo deseaban frente a los temas ya antes mencionados o cualquier tema de interés relacionado con la salud mental. También se hizo uso de las diferentes plataformas digitales para viralizar el video y que no solo se quedara en la zona urbana del municipio de Pueblo Rico, si no, que a su vez se pudiera concientizar a	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

otros jóvenes y población en general que requiera el apoyo y el uso de los temas. Luego de dar la explicación de los temas, mostrar, compartir el video con **100 personas** y responder a sus inquietudes, se finaliza diligenciando el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	

COMPROMISOS:

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

DANIEL LOPEZ QUINTERO
COMUNICADOR

HILDA NORA CATAÑO
ENFERMERA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ANEXOS

Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva: Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda (esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co)

Mensaje del PIC departamental sobre prevención del consumo de SPA, prevención del suicidio y salud mental: PIC Departamental Mensaje sobre prevención del suicidio, consumo de SPA, y salud mental - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda (esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co)

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 21/10/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de pueblo Rico			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hospital San Rafael. +8
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud mental y diversos temas. +06
FECHA: 21 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Codigo 1 10104 10104

ENTORNO: Mesh 20
HORA DE INICIO: 7:00 pm
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hableidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR. SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1		25001 057	Lornaben cy Giraldo Burittica	43		X										X											X			Coosalud	Cra #5-12 Pueblo R. 02-02-1979	3155693619	X		Lornabency Giraldo Burit		X
2		1089100 798	Valentina Tascon Giraldo	13		X										X											X			Coosalud	Cra #8-12 Pueblo R	3157769553	X		Valentina Tascon Giralde	X	
3		1089100 797	Dahiana Tascon Giraldo	13		X										X											X			Coosalud	Cra #8-12 Pueblo R.	3205179608	X		Dahianna Tascon G.	X	
4		18602 863	Alvaro Tascon Rivera	45	X											X											X			Coosalud	Pueblo Rico.	3155729567	X		Alvaro Tascón	X	
5		25000 839	Nancy Elena Agudelo	46		X										X												X		S.O.S	Cra 3 #9-23 Pueblo R. 15-01-1976.	3137131165	X		Nancy Agudelo		
6		25001 635	Sandra Milena valencia.	38		X										X												X		Nueva EPS	Cra #8-12 Pueblo R 09-07-1984	3143713808	X		Sandra Valencia	X	
7		29199 679	Maria Miran Rios de velasquez	73		X										X											X			Coosalud	M 23 Casa 215 Progreso 26-04-1949	3145021199	X		Miriam Rios		
8		1093539 584	Lina Marcela Sanchez Cordoba.	25		X										X											X			Nueva EPS	M 23 Casa 215 Progreso 03-05-1997	3127278089	X		Lina	X	
9		10049 93730	Leydi yohana Parra Diaz	22	X											X												X		Pijaos Salud	Cra 5 # 7-30 Pueblo Rico 21-01-2000	3148740774	X		Leydi Parra	X	
10		25000 875	Gloria Nelcy Londoño Restrepo	56		X										X											X			Nueva EPS	Calle 6 #11-47 15-05-19-70	3193844638	X		Gloria Nelcy Lon	X	

No.	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADO (CONDICIÓN)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11		25000 974	Alba Nelly Ruiz C.	45		x										x												x			Nueva E.P.S	Calle 5 #11-47 (15-05)	08-03-1977 3217035104	x		Nelly Ruiz	x	
12		1093538 420	Geimi Yurani Aguilar	26		x										x												x			S.O.S	Calle 7 # 4-72 11-02-1996	3197634473	x		GEIMI AGUILAR	x	
13	CC	10033181	Geiman Eliecer Serna Mendoza	42	x											x												x			SOS	01-sep-1980 Pueblo Rico	3234853529	x		Geiman E. Serna	x	
14		80237 687	Julio Caldoso	42	x											x												x			Nueva EPS	28-05-1980 Pueblo Rico.	3188194889	x			x	
15		25000 941	Nancy G. J.	45		x										x												x			Pijaos Salud	Cra 5 # 7-03 06-12-1977	3117913285	x			x	
16		24999 952	Fanny Javamillo	56		x										x												x			Pijaos Salud	Cra 5 # 7-03 28-09-1966	3234159981	x		Fanny Cara	x	
17		1004993909	Yulisa Gonzalez O.	20		N										x												N			Asmet Salud	Barrio el progreso 12-04-2002	3174666284	x			x	
18		24999 722	Lilia Sepulveda Mosquera	61		x										x												x			Nueva E.P.S	Calle 9 # 3-56 27-09-1961	3113085492	x		Lilia Sepulveda	x	
19		24999 260	Ana Florencia Betancur	75		x										x												x			Nueva EPS.	Pueblo Rico. 19-06-1977	3106841144	x		ANA B	x	
20		1093535 120	Yuriani Betancurt	30		x										x												x			Nueva E.P.S	04-07-1992	3128109965	x		Yuriani BC	x	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

En la casilla nuero 11, la fecha de nacimiento correcta de la senora Alba Nelly Ruiz se encuentra ubicada arriba del telefono.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 01/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de pueblo Rico			

042

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud Mental Diversos Temas #6
FECHA: 01 - Noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código 10104

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	RE INTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	109318 6005	Alejandro Hincapie	18	X												X											X			Coosalud	Centro Pueblo R.	2-12-2003	X		Alejandro	X	
2	T.I	109825 3222	Carolina Sanchez Lopez.	17		X											X											X			Nueva E.P.S	Kr 5 5 34 06-08-2005	3146235006	X		Carolina	X	
3	T.I	107743 1780	Luis Esteban Tejada Montoya	17	X												X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico	08-10-2005	X		Luis Esteban	X	
4	T.I	109353 3997	Juan Alejandro Naranjo Rios	16	X												X											X			Asmet Salud	Manga del Mister Pueblo Rico	05-05-2006	X		Juan Alejandro	X	
5	T.I	113706 0609	Manuela Lostaño Sanchez.	15		X											X											X			Nueva E.P.S	vereda ciato	26-09-2007		X	Manuela C.	X	
6	T.I	109318 6512	Simon Rendon	15	X												X											X			Asmet Salud.	Pueblo Rico. 12-07-2007	3127994815	X		Simon Rendon	X	
7	T.I	109353 4327	Kevin Andres Gomez Agudelo	16	X												X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico	23-10-2006	X		Kevin Andres	X	
8	T.I	109318 6456	Yennifer Diaz Herrera	16		X											X											X			Asmet Salud	Kr 4 7-50 10-07-2006	3112690119	X		Yenifer Dias.	X	
9	T.I	109318 6513	Salome Uribe Cruz.	15		X											X											X			Salud total.	Pueblo Rico. 15-03-2007	3219151643	X		Salomon Uribe	X	
10	T.I	111290 4841	Edier Valencia Carmona.	16	X												X											X			Pijaos Salud.	vereda San Jose	05-10-2006		X	EDIER V.C.	X	

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1004318 6467	Paula Tangarife Uribe	16		X										X										X			Asmet Salud	Vereda Tatama	26-08-2006		X	Paula T. U.	X	
12	T.I	1003014 0295	Victor Manuel Lopez Henao	15	X											X										X			A Imet Salud	cls 563 Pueblo Rico.	09-07-2007	X		Victor Manuel	X	
13	T.I	1009318 6474	Maria Catalina Montes Galeano	16		X										X										X			Medimas	Vereda Tatama 18-09-2006.	3147475875		X	Maria Montes.	X	
14	T.I	1088209 7437	Alejandro Sanchez Henao	15	X											X										X			Asmet Salud.	M21 CS103 Pueblo Rico.	06-09-2007	X		Alejandro Sanche	X	
15	T.I	1009353 4242	Suliana Cardona Muñoz	16		X										X										X			Cosalud.	Pueblo Rico	08-09-2006	X		Juliana	X	
16	T.I	1009353 4719	Diana Carmona Ramirez.	15		X										X										X			Nueva E.P.S	Vereda el Indio	15-09-2007		X	Diana C.	X	
17	T.I	1059697 7709	Johatan Estiven Trejos Diaz.	16	X											X										X			Nueva E.P.S	Clio 10-46 Pueblo Rico.	16-09-2006	X		Johatan E	X	
18	T.I	1004319 6527.	Karol Dayana Cano Velasquez.	15		X										X										X			Asmet Salud	Vereda el Nevero.	16-04-2007		X	Karol.	X	
19	T.I	1125088 4503	Jimena Velez Acevedo	17		X										X										X			Pijaos Salud.	Clz 11-25 Pueblo Rico	21-10-2005	X		Jimena V.	X	
20	T.I	1089619 2249	Ester Gonzalez Martinez	17												X													Cosalud	Kr 4 B-18 Pueblo Rico.	08-05-2005			Ester Gonzalez.	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUES DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 02/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de pueblo Rico			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud Mental y diversos temas.
FECHA: 02 - Noviembre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 10104 ±8

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.M.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	C.C	100499 4127	Yanfer Sneider Valencia cano	19	X																							X			Asmet salud	CL 25 A 09 19-02-2003	3184814743	X		Yenifer S.	X	
2	C.C	109245 4334	Ana Maria Valencia cano	18		X																						X			Nueva E.P.S	Vereda Ciato 06-04-2004	3175913735	X		Ana Maria	X	
3	C.C	1093532 136	Victor Manuel Agudelo Mejia	18	X																							X			Coosalud	CL 6 2 08 20-03-2004	3147406859	X		victor M.	X	
4	C.C	10935 32074	Brahiam Alexis Osorio Ramirez	18	X																							X			Asmet salud	MZ 2 CS 3 B 29-02-2004	3127705774	X		Brahiam	X	
5	C.C	10204 02057	Shirly Mariana Jaramillo castrillon	18	X																							X			Pijaos salud	KR 3 8 22 10-06-2004	3148852787	X		Shirly J.	X	
6	C.C	11154 48231	Alejandro Velasquez cano	18	X																							X			Asmet salud	Vereda ciatocito 02-05-2004	3117862000		X	Alejandro V	X	
7	C.C	10931 86756	Laura Melisa castaño	18		X																						X			Pijaos salud	Vereda Jamarraya 29-07-2004	3105437857		X	Laura Meliza C	X	
8	T.I	10931 86265	Sebastian Henao (Aguirre) Granada	17	X																							X			Asmet salud	Vereda el Recreo 12-03-2005	3146070470		X	Sebastian H	X	
9	T.I	10931 86311	Kelly Jhojana Aguirre valencia	17		X																						X			coosalud	CL 3 B 4 47 04-06-2005	3217344954	X		Kelly Aguirre	X	
10	T.I	108909 8157	Maria Camila castaño Torres	16		X																						X			Nueva E.P.S	CL 5 5 20 28-11-2005	3136821945	X		Maria Camila	X	

No	TIP DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11	T.I	1093786417	Jhonathan Steven Muñoz Cerqueva	16	X																							X			Asmet salud	Mz 8 Cs 05 07-02-2006	3105311796	X		Jhonathan	X	
12	T.I	1093786320	Melisa Ramos Becerra	17		X																						X			Coosalud	TV 1 6 68 23-05-2005	3153533373	X		melisa R.	X	
13	T.I	1093533721	Jhojan Estiven Velez Ospina	17	X																							X			Coosalud	Mz 3 Cs 272 11-06-2005	3126599784	X		Jhojan V.O	X	
14	T.I	1093786344	Luz Adriana Moncada Martinez	17		X																						X			Nueva E.P.S	CL 9 3 28 26-08-2005	3146276632	X		Luz Adriana	X	
15	T.I	10931864438	Jhon Davowim Alvarez Florez	16	X																							X			Asmet salud	KR 5 7 77 16-05-2006	3117428046	X		Jhon D.A.	X	
16	T.I	1093533679	Yina Agudelo Mejia	17		X																						X			Coosalud	CL 6 2 08 07-09-2005	3147406859	X		Yina Agudelo	X	
17	T.I	1093786317	Juan David Lopez Valencia	17	X																							X			Coosalud	KR 5 77 B 29 14-06-2004	3175399625	X		Juan David	X	
18	T.I	1093786304	Caren Tatiana Jaramillo Lopez	17		X																						X			Coosalud	KR 4 8 34 27-05-2007	3195041626	X		Caren Tatiana	X	
19	T.I	1093533893	Juliana Ruis Velasques	16		X																						X			Nueva E.P.S	KR 2 7 46 12-01-2006	3146384650	X		Juliana.Ruis	X	
20	T.I	1087549060	Isabella Serna Henao	16		X																						X			Nueva E.P.S	CL 4 4 50 23-12-2005	3128090006	X		Isabela.	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

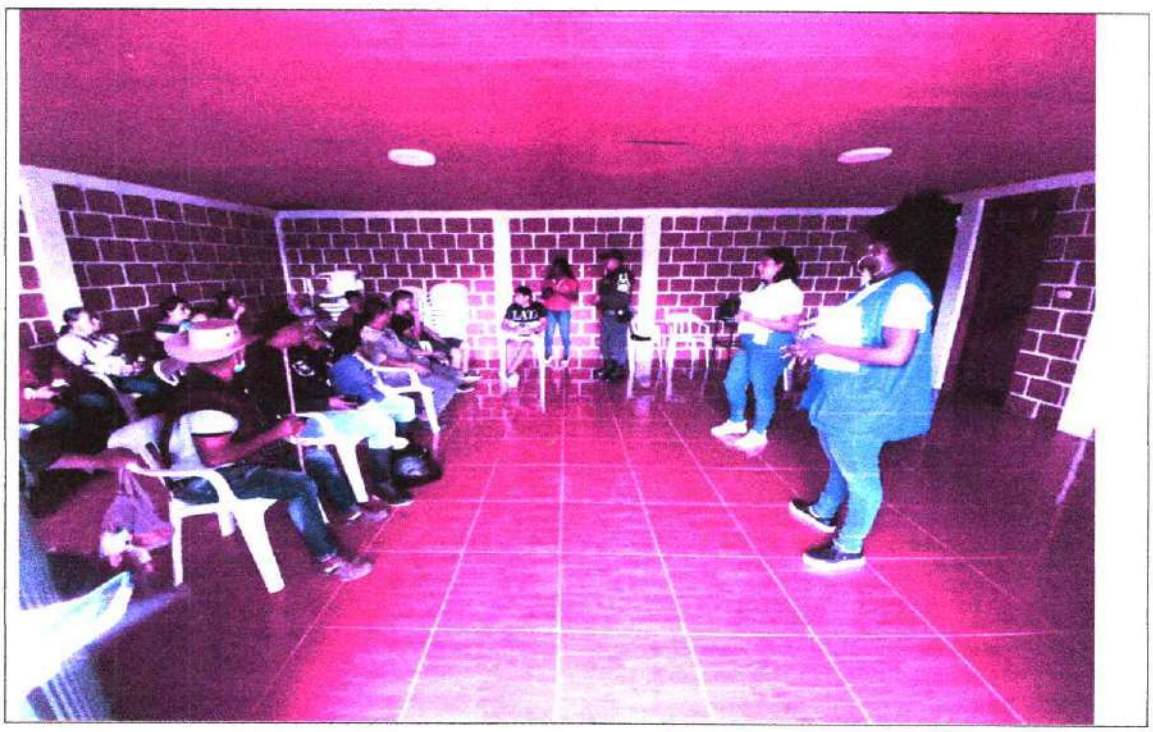
FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 03/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Municipio de pueblo Rico			



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael #6
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud mental y diversos temas
FECHA: 03 - noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código 10104 10104

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Harbeidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIARIA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1093534006	Jose Durbey Gimenez Lopez.	33 64	X												X													Nueva EPS	02-02-1936	3176157543	X			X	
2	CC	420777179.	Maria Fabiola Rivera Navarro	65		X											X										X			Nueva EPS	Cll 8 # 2-43 15-08-1957	3192904687	X		M. Fabiola Rivera		
3	CC	1123206574	Diana Marcela Zapata Arango	20		X											X													Nueva EPS	Pueblo Rico 13-02-2002	3178404219	X		Marcela Zapata	X	
4	CC	25000350	Maria Cardona Gonzales	57		X											X										X			Asmet Salud	Cll 5 # 4-60 30-11-1964	3105292472	X		Maria Cardona	X	
5	TI	1093186309	Juan Esteban Velez Becerra	17	X												X										X			Asmet Salud	Pueblo Rico. 15-05-2005	3208634694	X		Juan Esteban	X	
6	CC	1038906171	Erika serna	33		X											X											X		Sura	Pueblo Rico 16-06-1989	3127266688	X		Erika Serna		
7	CC	1186023119	Luis Alberto Gomez.	51	X												X										X			Nueva EPS	Cll 8 # 3-68 11-10-1971	3129137575	X			X	
8	CC	4524400	Luis Carlos Castaño Valencia	64	X												X										X			Pijaos Salud	Cll 9 # 3-56 Anaime 16-03-1958	3155398518	X		Carlos Castaño	X	
9	CC	1093536985	Yesica Lorena Salazar Londoño	28		X											X										X			Pijaos Salud	Cll 9 # 2-72 29-11-1993	3113060853	X		Lorena Salazar	X	
10	C.C	1088538296	Hugo Rendon Uribe	27	X												X										X			Asmet salud	Calle 7 # 5-26 21-02-1995	3145492509	X		Hugo C Uribe	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	ASEGURAMIENTO: SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	C.C	1087998 945	Jhosmit Andrea Velez Muncada	34		X											X												X	Asmet Salud	Pueblo Rico. 14-09-1987	3183907516	X		Jhasmit Avelez		
12	C.C	40355 623	Maria Carlota Agudelo Arias	62		X			X								X											X		Nueva EPS.	Cr5 #6-59 02-10-1960	3135517426	X		[illegible]		
13	C.C	25004 119	Claudia Milena Naranjo Agudelo	43		X			X								X												X	Nueva EPS.	Cr5 #5-60 06-09-1979	3127659801	X		[illegible]		
14	T.I	1003186 228	Emmanuel Cardona Naranjo	17	X				X								X												X	Nueva EPS	Cr5 #5-60 24-12-2004	3232950359	X		Emmanuel C.		
15	C.C	5048 475	Melkin Gonzales Gutierres	37	X												X											X		Coosalud	Clle #4-52 01-04-1985	3138609072	X		Melkin A Gonzalez		
16	C.C	10049 94210	Luz Mary Gonzalez Muncada	29		X											X											X		Coosalud	Clle #4-52 19-04-1993	3209998657	X		Luz Mary		
17	C.C	42059 862	Martha Yaneth Uribe Mesa	60		X											X												X	Cosmitet	Clle #4-49 07-01-1962	3127105245	X		[illegible]		
18	C.C	24999 725	Gabriela Osorio	55 (59)		X											X											X		Nueva E.P.S	29-05-1968	3117829264	X		[illegible]		
19	C.C	25162 937	Maria Elsy Rodriguez Martinez	59		X											X											X		Nueva E.P.S	27-01-1963	3126717796.	X		[illegible]		
20																	/																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

En la casilla numero uno (1) y numero 18 la edad correcta de las personas se encuentra arriba del numero equivocado

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFONICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISION DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACION DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hospital San Rafael. #8
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud mental y diversos temas
FECHA: 03- noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 10104

ENTORNO: Mestiza
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mora

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ECNT	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	108882 7239	Sebastian Piedrahita Toro	16	X											X											X			Nueva E.P.S	Km 46-71 02-02-2006	3102050655	X		Sebastian	X	
2	T.I	109327 4716	Santiago Muñoz Ruiz.	17	X											X											X			Coosalud	Pueblo Rico 22-08-2005	22-08-2005	X		Santiago	X	
3	T.I	109318 6399	Maritza Herrera Gonzales	16		X										X											X			Nueva E.P.S	M2 7 CS 02 27-12-2005	3137254068	X		Maritza Herrera	X	
4	T.I	108960 3362	Juan Manuel Herrera Grisales.	14	X											X												X		Cosmitet	Pueblo Rico.	08-05-2008	X		Juan H.G	X	
5	T.I	109318 6464	Andres Ocampo Osorio	16	X											X											X			Asmet Salud	Pueblo Rico 02-09-2006	3103849311	X		Andres Osorio	X	
6	T.I	109318 6484	Camila Becerra Ospina	15		X										X											X			Coosalud	Krs #5-26 Pueblo Rico	19-11-2006	X		Camila Becerra	X	
7	T.I	109960 2114	Luis Felipe Acevedo velez	15	X											X											X			Nueva E.P.S	Km 1 Via, al Choco	04-05-2007		X	Luis Felipe A	X	
8	T.I	108909 9898	Sara Reyes Isaza	14		X										X											X			Asmet Salud	Pueblo Rico 27-12-2007	3136803821	X		Sara Reyes	X	
9	T.I	109318 6583	Xiomara Gallego Jimenez	15		X										X											X			Coosalud	Pueblo Rico. 04-11-2007	04-11-2007	X		Xiomara	X	
10	T.I	108828 465	Wendy Fernanda Amaya Bedoya	14		X										X											X			Asmet Salud	Vereda Taiba. 30-06-2008	3104301043		X	Wendy	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)																PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PRIMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11	T.I	1038014 0739	Sofia Uribe Gonzales.	14		X										X													X			Asmet Salud	Vereda Tatama	19-08-2008		X	Sofia Uribe	X	
12	T.I	1093534929	Jhojand steven Velasquez C.	14	X											X													X			Asmet Salud.	Pueblo Rico 10-03-2008	3205982059	X		Jhojand V.	X	
13	T.I	1093533832	Lina Marcela Medina Moncada	14		X										X													X			Asmet salud.	Pueblo Rico 13-12-2007	3108012864	X		Lina Medina	X	
14	T.I	1093186654	Xiomara Carmona Saza	14		X										X													X			Asmet Salud.	El B 212 03-08-2008	3207543013	X		Xiomara.	X	
15	T.I	1115451246	Brayan Acevedo Roman	16	X											X													X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico 28-09-2006	3172941060	X		Brayan Acevedo	X	
16	T.I	1088273663	Juan Manuel Morales Franco	15	X											X													X			Asmet Salud.	Pueblo Rico 04-11-2007	3127269444	X		Juan Manuel	X	
17	T.I	1033259511	Santiago Nohava Jaramillo.	15	X											X													X			Coosalud	Pueblo Rico 19-02-2007	3188159230	X		Santiago	X	
18	T.I	1142515498	Daniel Cano Saza	14	X											X													X			Coosalud	Kvsb 10A 05 Pueblo Rico.	07-02-2008	X		Daniel Cano	X	
19	T.I	1088275787	Nahiara Rodas Lopez.	14		X										X													X			Asmet Salud.	Brisa 11 20 Pueblo Rico	16-12-2007	X		Nahiara R. L.	X	
20	T.I	1089935853	Yilmar Nieto Machado.	14	X											X													X			Nueva EPS	Kra 4 23 Pueblo Rico	27-04-2008	X		Yilmar Nieto	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 07

Realizar actividades de información a 200 personas dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia, población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y las intensificaciones de la aplicación de barniz de flúor; que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia

"Soy Generación más Sonriente".

RECURSO HUMANO	Odontólogo y auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	200 PERSONAS
DURACION	30 minutos por persona
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I10404

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 08

Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 videos cortos (1 a 5 minutos) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales.

RECURSO HUMANO	Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social
CANTIDAD:	200 PERSONAS
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Copia de el video RIPS con el CUPS I 10304

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 27 de octubre al 25 noviembre 2022	**No: 08-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON: 05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Prevención de enfermedades por vectores en la comunidad mestiza de Pueblo Rico Risaralda.	
Tema: Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 video corto		**No Páginas: 7**	
Responsable: Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		Zona urbana.	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	**Presentación**	
	2	**Desarrollo del tema**	
	3	**Conclusiones y Compromisos**	
DESARROLLO • Esta actividad para su desarrollo se desplaza la patrulla PIC Departamental 2022 en la comunidad mestiza en la zona urbana, a **57 personas** con el fin de desarrollar el programa de prevención de enfermedades			**OBERVACIONES**

por vectores en esta zona. Este se hace a través de un video el cual se le presenta a cada persona sobre prevención de enfermedades por vectores al igual que se hace la difusión a través de la página web y redes sociales de la Ese Hospital San Rafael. Para el desarrollo del video se capacitan a los auxiliares por el médico, la enfermera y el ingeniero ambiental y una vez realizada la capacitación se procede a realizar el video bajo la supervisión del comunicador y una vez editado se empieza a divulgar en redes y por los auxiliares. **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES** **Vectores** Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir patógenos infecciosos entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal) y posteriormente los transmiten a un nuevo portador, una vez replicado el patógeno. Con frecuencia, una vez el vector ya es infeccioso, puede transmitir el patógeno el resto de su vida en cada picadura o ingestión de sangre posterior. **Enfermedades de transmisión vectorial** Las enfermedades de transmisión vectorial son enfermedades humanas provocadas por bacterias, parásitos o virus que son transmitidos por vectores. Cada año se registran más de 700 000 muertes por enfermedades como el paludismo, el dengue, la	

esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana humana, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa y la oncocercosis. La mayor carga de estas enfermedades, que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más pobres, corresponde a las zonas tropicales y subtropicales. Desde 2014, grandes brotes de dengue, paludismo, fiebre chikungunya, fiebre amarilla y enfermedad por el virus de Zika han azotado a diferentes poblaciones, cobrándose vidas y abrumando los sistemas de salud en muchos países. Otras enfermedades de este tipo, como la fiebre chikungunya, la leishmaniasis y la filariasis linfática, provocan sufrimientos crónicos, morbilidad para toda la vida, discapacidad y estigmatización ocasional. La distribución de las enfermedades de transmisión vectorial está determinada por un conjunto complejo de factores demográficos, medioambientales sociales. **Lista de enfermedades de transmisión vectorial, por vector** En el cuadro que figura a continuación se presenta una lista no exhaustiva de enfermedades de transmisión vectorial, ordenadas por el vector que las transmite. En la lista se indica también el tipo de patógeno que causa la enfermedad entre los humanos.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Vector	Enfermedad que causa	Tipo de patógeno
Mosquito *Aedes*	Fiebre chikungunya	Virus
	Dengue	Virus
	Filariasis linfática	Virus
	Fiebre del Valle del Rift	Parásito
	Fiebre amarilla	Virus
	Enfermedad por el virus de Zika	Virus
Anopheles	Filariasis linfática	Parásito
	Paludismo	Parásito
Culex	Encefalitis japonesa	Virus
	Filariasis linfática	Parásito
	Fiebre del Nilo Occidental	Virus
Moluscos acuáticos	Esquistosomiasis (bilharziasis)	Parásito
Simúlidos	Oncocercosis (ceguera de los ríos)	Parásito
Pulgas	Peste (transmitida de las ratas al ser humano)	Bacteria
	Tungiasis	Ectoparásito
Piojos	Tifus	Bacteria
	Fiebre recurrente transmitida por piojos	Bacteria
Flebótomos	Leishmaniasis	Bacteria
	Fiebre transmitida por flebótomos	Virus
Garrapatas	Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo	Virus
	Enfermedad de Lyme	Bacteria
	Fiebre recurrente (borreliosis)	Bacteria
	Rickettsiosis (por ejemplo: fiebre maculosa y fiebre Q)	Bacteria

	Encefalitis por garrapatas Tularemia		
Triatominos	Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)	Parásito	
Mosca tsetsé	Enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana)	Parásito	

MALARIA

• Es una enfermedad infecciosa parasitaria, que se caracteriza por ataques intermitentes de fiebre muy alta potencialmente mortal, que se transmite por la picadura del mosquito (zancudo) hembra infectados del género *Anopheles*.

• Si viaja a zonas con transmisión activa de malaria utilice ropa adecuada (camisas de manga larga y pantalones) para evitar las picaduras de los mosquitos.

• Utilice repelentes, especialmente que contengan DEET (Dietil-toluamida).

• Evite dormir fuera de la vivienda.

• Duerma dentro del toldillo o mosquitero

• Evite automedicarse

• Si viajó en los últimos 15 días a zonas endémicas con transmisión activa de malaria y presenta fiebre, acuda al centro de salud más cercano para descartar la infección.

• Si vive en un área con transmisión activa de malaria, tenga en cuenta que es necesario proteger la vivienda instalando mallas en ventanas y puertas para evitar la entrada de los mosquitos.

• Si fue diagnosticado con malaria, cumpla con las indicaciones médicas y no suspenda tratamiento para evitar complicaciones y recaídas. • Mantenga su vivienda limpia y drene los depósitos de agua estancados. **DENGUE** ¿Qué es el dengue? Los virus del dengue se transmiten a las personas por medio de la picadura de un mosquito infectado de la especie *Aedes* (*Ae. aegypti* o *Ae. albopictus*). Casi la mitad de la población mundial, alrededor de 4 billones de personas, vive en áreas con riesgo de dengue. El dengue es a menudo una causa principal de enfermedad en las áreas con riesgo. Áreas con riesgo de dengue Se están produciendo brotes de dengue en muchos países del mundo. Protéjase de las picaduras de mosquitos. **AUTOCUIDADO** i en la vivienda hay bebederos de animales, cambiar el agua diariamente. **Evitar** acampar en zonas endémicas de **enfermedades** transmitidas por **vectores**. Si lo hace, no exponerse a las horas de alta presencia de insectos y utilizar toldillos preferiblemente tratados con insecticidas al momento de dormir o descansar. **MANTENIMIENTO DE TANQUES** • Asegúrese de que todos los tanques, depósitos y recipientes de agua están cubiertos y sellados para mantener fuera a los mosquitos que pueden depositar sus huevos.	

• Cambiar el agua y cepillar el interior de los lavabos y barriles de agua al menos una vez a la semana. Cambiar el agua de los floreros y tazones de las mascotas también semanalmente. • Eliminar los envases no utilizados que pueden acumular agua y sirven como sitios de reproducción. • Dar vuelta los recipientes que no se pueden tirar y protegerlos de la lluvia. • Verter el agua de floreros y reemplazarla por arena húmeda. • Mantener las piscinas tratadas de acuerdo a las recomendaciones oficiales. • Limpiar todos los desagües y las alcantarillas. • Mantener la hierba corta y libre de malezas y mantener los patios limpios. **MANEJO DE INSERVIBLES** MEDIDAS DE PREVENCIÓN -Descartar recipientes que acumulen agua como neumáticos, baldes, latas. Poner boca abajo los que no puedan ser descartados. -Colocar mosquiteros en todas las ventanas y en la puerta de ingreso a la vivienda. -Mantener el pasto cortado y los fondos y patios limpios de cacharros que acumulen agua.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Y es así como se desarrolló esta actividad con **31 personas durante este periodo.**

LEWIS JHONATAN NATES
MEDICO

HILDA NORA CATAÑO
ENFERMERA JEFE

DANIEL LOPEZ QUINTERO
COMUNIDADOR

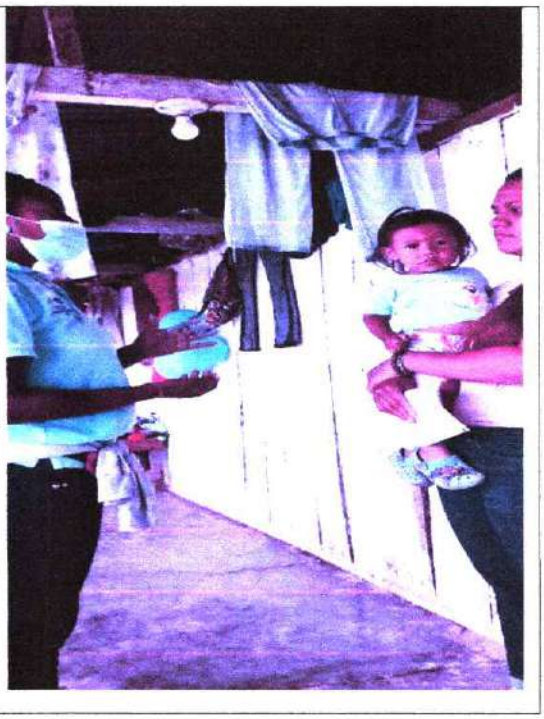
DIANA ARIZA
INGENIERA AMBIENTAL

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 27 octubre al 25 de noviembre 2022	**ALCANCE: mestizo**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención de enfermedades por vectores en la comunidad mestiza de Pueblo Rico Risaralda.			
Responsable: Medico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social			
Lugar: Zona urbana, Manga del míster, El progreso, Fundadores, Villa Daniela			



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO RISARALDA

#8

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES
FECHA: 27-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO Cod + I 103041

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: RUBIAN QUEZADA

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	10930[illegible]	[illegible]	32	X												X				X								X		Cosmitet	PUEBLO RICO	3143516160		X	[illegible]	X	
2	CC	[illegible]	Juan Camilo Otero U.	22	X												X														Cosmitet	PUEBLO RICO	3136857729		X	[illegible]	X	
3	CC	18602[illegible]	Mario Sánchez P	50	X						X						X														Cosmitet	PUEBLO RICO	3167936318		X	[illegible]	X	
4	CC	10.005161	Jaime A Mena	46	X						X						X														Cosmitet	PUEBLO RICO	3164760823		X	[illegible]	X	
5	CC	12023889	Jeferson Maturana	40	X						X						X														Cosmitet	PUEBLO RICO	3207366104		X	Jeferson Maturana	X	
6	CC	1093537549	Luis [illegible]	29	X												X														Pijaos	PUEBLO RICO	3163211252		X	[illegible]	X	
7	CC	1093532861	Rubian Quezada N	22	X												X														Pijao Salud	PUEBLO RICO	3192118166		X	[illegible]	X	
8																																						
9																																						
10																																						

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C-TD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA. ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS. ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION VECTORES
FECHA: 18- NOVIEMBRE-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 3:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubén Quiroga

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1004667669	Sergio A. Buendia S.		X											X															Nueva EPS	Paraiso	14-07-2001 3217584769	X			X	
2	CC	21773404	Axl Navarro		X											X															NP	Vinculado - Centro	18-05-1993 3161848669	X			X	
3	CC	1093535228	Carlos		X											X															NP	EPS Servicio occidental Pueblo Rico	15-05-1989 3135721499					
4	CC	1005534413	Ramiro Henao Osorio	34	X											X															SOS	Vda La palma Fca. Lagunera	3113741554	X				X
5	CC	25[illegible]	Mª Clemencia M	40		X				X						X															SURA	Cll 4 Cr 5 Esquina	3104316241	X		Mª Clemencia	X	
6																																					X	
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	TI	1115422742	Jhofan Hernan BA	15													X														Asmesalud	ciatocito	3114251688			Jhofan Hernan BA	X	
		1093186516	Daniel felipe	15	X												X														Asmesalud	Hamaca 4 casa 2022	3205922742			Pipe		
12	TI	1085[illegible]	Samuel [illegible]	17	X												X														Sura	Velen a recreo	3764372595			Samuel		X
13	TI	1093186317	Juan David López	17	X												X														Coosalud	fundadores	3115399625			Juan		
14	TI	1089603362 / 1089603362	Juan Manuel Herrera	16	X												X														Cosmitet	Pinares	3106003971			[signature]		
15	CC	1093533[illegible]	Luis fernando	38																											Nuevaeps	santa cecilia	3177537023			[signature]		
16	CC	1093186070	Julián David Villegas Mate	18	X												X														Pijao	Barrio Fundadores	3217549182	X		[signature]		
17	CC	1093786647	Alexander velez cano	15	X												X														Coosalud	manga del mister	3174745190			Alex		
18	CC	1093534323 / 1093552[illegible]	Kevin Gomez	18	X												X														Nueva EPS	Barrio Lautaro	3132304[illegible]			[signature]		
19	TI	1093786447	Juan Jose N.	16	X												X														Nueva eps	Salida de apia	3205181968			Juan Jose		
20	TI	1093186578	Edwin Plazas	16	X												X														Asmesalud	Paraiso	3204195837			[signature]		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL 48
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION DE VECTORES
FECHA: 25 NOVIEMBRE-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COOTI0304
ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubica Quergem

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)													PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	S.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	25001 7653	Dorsy Yoelis	38		X										X											X				Nuevos	Calle	08-12-84	X		Dorsy Yoelis	X	
2	TI	1089933308	Helen Camila Diaz	17		X		1089933308								X											X				Nuevos	Calle 9-22	26-12-05	X		Helen Camila	X	
3	CC	109353 2105	Martin Lopez Tovar	30		X										X											X				Asmet.	Kr 3 # 9-29	20-05-92	X		Martin Lopez	X	
4	CC	25001 574	Monica Alejandra B.	39		X										X											X				Asmet	Kr 3 # 9-41	08-12-83	X		MONICA A B	X	
5	CC	109353 4871	Jimenez Gomez	24		X										X											X				Asmet	kr 3	05-11-98	X		JIMENA G	X	
6	CC	25001 138	Blanca Nubia Castaño	47		X										X											X				Nuevos	kr 3	30-12-75	X		BLANCA C	X	
7	CC	10049 93942	Maria Alejandra Gomez	22		X										X											X				Asmet.	kr 3	22-06-00	X		Alejandra	X	
8	CC	25169 380	Martha Cecilia Gonzalez	59		X										X											X				Nuevos EPS	kr 3 PINARES	26-04-63	X		Cecil. Gonzalez	X	
9	CC	1004994094	Mary Yolexis G.	19		X										X											X				Asmet	Calle 10 Cra 21	01-05-03	X		Mary Yolexis	X	
10	CC	24999 318	Mara Dorly Medina	71		X										X											X				Nuevos EPS	Calle 10 Cra 22	27-11-51	X		Mara Dorly Medina	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	1000438597	Sergio Andres Espitia	24	X												X											X			Pijaos	Calle 6 k 2-60	30-04-99 3146266428	X		Sergio Espitia	X	
12	CC	25163806	Mª Eugenia Giraldo	54		X											X											X			Pijaos	Kra 3 k 9-41	18-22-1968 3168177446	X		Maria Eugenia G	X	
13	CC	25001 704	Diana Cardona Ruiz	38		X											X											X			Nuevo EPS	Kra 2 k 7-20	15-01-85 3203346643	X		DIANA R	X	
14	CC	24686370	Luz Dora Agudelo O	56		X											X											X			Nuevo EPS	Calle 6 k 2-50	12-10-66 3128134953	X		Luz Dory Agudelo	X	
15	CC	42027 377	Beatriz Cardona M.	49		X											X											X			Nuevo EPS	Calle 5 k 5-31	03-05-73 3105347177	X		Beatriz Cardona		
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISION DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIóN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #8
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION DE VECTORES
FECHA: ( ) 25 NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO Cont I 10304

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubian Quiroga

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.M.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25000 839	Nancy Elena Agudelo	46		X											X												X		SOS	PINARES 15-01-76	3137131165	X		Nancy	X	
2	CC	24999 672	Mª Adela Sepulveda M.	62		X											X												X		Nueva EPS	PINARES 30-Nov-1959	—o—	X		Adela Sepulveda	X	
3	CC	25001 776	Luz Adriana Velasquez	37		X											X												X		Nueva EPS	12-09-1985	3137345926	X		[illegible]	X	
4	CC	24999 316	Amparo de Jesus Rivera	65		X											X												X		Famisanar	Calle 6 # 4-03 31-10-57	3217093901	X		Amparo Rivera	X	
5	CC	109353 6977	Claudia Ximena Vargas	28		X											X												X		Nueva EPS	Kra 3 # 9-50 23-12-93	3104309014	X		Claudia X.	X	
6	CC	25000 215	Doralba Lopez R.	47		X											X												X		Asmet	Kra 3 # 8-26 26-10-(86)1975	3184987340	X		Doralba	X	
7	CC	109353 3498	Dimer Felipe Jimenez	35	X	X											X												X		Nueva EPS	Kra 3 # 8-26 26-11-86	3177831419	X		[illegible]	X	
8	CC	2500 1624	Rosa Amparo Lopez	38		X											X												X		Nueva EPS	Calle 8 # 3-30 06-11-83	3177342863	X		Amparo L.	X	
9	CC	109353 428	Mauricio Andrade Rios	34	X												X											X			Asmet	Kra 3 # 11-08-88.	3156097465	X		Mauricio R.	X	
10	CC	24999 436	Elvira Rosa Rios	68		X											X												X		Nueva EPS	Calle 8 # 2-27 31-12-53	3168122687	X		Elvira R	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGBTIH	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PYMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	109353 (428)	24999651 Fanny Arango Garcia	63		X										X												X		Nueva Eps	10-01-55	No tiene	X		Fany Arango	X	
12	CC	27359 143	Mª de Jesus Carmona	84		X										X												X		Asmet	08-10-38	No tiene	X		M. de Jesus C.	X	
13	CC	85314 27	Jhon Jaime Jimenez	51	X											X												X		Pijaos	Calle 6 # 5-31	29-10-71	X		Jhon Jaime J	X	
14	CC	24000 (9545)	1093538764 Elmy Dayana Garcia	26		X										X												X		Nueva Eps	Calle 4 # 6-28	21-09-96	X		Elmy Dayana	X	
15	CC	1096038 612	Lilibeth Escobar	25		X										X												X		Nueva Eps	Calle 4 # 8-41	11-12-95	X		Lilibeth Escobar	X	
16	CC	109353 5867	Claudia Chavarro	25		X										X												X		Sura	Calle 4 # 8-39	03-11-92	X		Claudia P	X	
17	CC	108755 1160	Danna Michel Quiceno	15		X										X												X		Nueva EPS	Calle 4 # 5-41	25-06-07 3157781181	X		Danna Michel	X	
18	CC	42030811	Adriana Maria Cadavid	38		X										X												X		Nueva EPS	— o —	13-08-84	X		adriana M.C	X	
19	CC	2476 5401	Carmen Garcia	51		X										X												X		Nueva Eps	Calle 4 #	— o —	X		Carmen Garcia	X	
20	CC	109353 3213	David Jaramillo			X										X												X		Salud Vida	Calle 4 #	— o —	X		David Jaramillo	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 09

Realizar ochenta (80) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención. Se entregará como evidencia el registro de asistencia, registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas. Producto personas con intervención educativa. Cantidad 80. Actividad realizada por profesional de. Se generarán 80 RIPS bajo el CUPS

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	ochenta (80) intervenciones
DURACION	30 minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I10301.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 29 octubre al 19 de noviembre 2022	**No: 09-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Realizar Intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19)	
Tema: Prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19		**No Páginas:**	
Responsable: Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		Zona urbana.	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

DESARROLLO	**OBERVACIONES**
Se realizan **41** intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria,	

SINTOMAS Y CUIDADOS

Los síntomas notificados por personas con INFECCIONES RESPIRATORIOAS Y COVID-19 varían desde aquellos que presentan síntomas leves hasta quienes se enferman gravemente. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Cualquiera puede tener síntomas de leves a graves. Las personas con estos síntomas podrían tener COVID-19:

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)
- Fatiga
- Dolores musculares y corporales
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o el gusto
- Dolor de garganta
- Congestión o moqueo
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

SEVERIDAD	DESCRIPCION	CONDUCTA PARA SEGUIR
Critico	Insuficiencia respiratoria, choque séptico y / o disfunción o falla de múltiples órganos)	Manejo en UCI Manejo interdisciplinario

Severo	Disnea, frecuencia respiratoria ≥30 / min, saturación de oxígeno en sangre ≤93%, Índice de Kirby o PaO2/FiO2 50% en 24 a 48 horas O Pacientes mayores de 60 años o con Comorbilidades (EPOC, Hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) que tengan síntomas	Manejo en hospitalización Usar criterios CRB-65 para ingreso hospitalario y ATS para ingreso a UCI Casos con neumonía moderada en hospitalización general CRB-65>0 Un criterio mayor o dos criterios menores de la ATS para ingreso A UCI) Manejo interdisciplinario	
Leve	1. Sin neumonía 2. Neumonía leve	1. Manejo domiciliario para casos con signos y síntomas leves (disnea leve que logra saturación mayor a 90%, tolerancia a la vía oral) sin factores de riesgo 2. Manejo en hospitalización por	

		neumonía acorde a guía NAC – Manejo interdisciplinario	
Asintomático	Sin tos ni fiebre, pero con sospecha de COVID-19	Aislamiento domiciliario con autocontrol supervisado por parte de salud pública, IPS o EAPB	

HILDA NORA CATAÑO

ENFERMERA JEFE

Nataly G.

NATALY GONZALEZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 29 octubre al 19 de noviembre 2022	**ALCANCE: mestizo**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19			
Responsable: Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería			
Lugar: PUEBLO RICO			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

107

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael #9
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION DE IRA Y ENF. RESP.
FECHA: 2-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD# I 10301

ENTORNO: mestizo
HORA DE INICIO: 7.00 A.M
HORA FINALIZACION: 3.00 p.m
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaime Guatiqui

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLIO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	250017053	deicy Yoelis	38		X											X											X			Nuevo EPS	Calle	08/12/1984	X		Deicy Yoelis		
2	TI	1089933306	Helen camilia diaz	17		X											X											X			Neimos	calle. 9. 22	26/12/2005	X		Helen camila Diaz		
3	CC	1093532105	martin lopez Toro	30	X												X											X			Asmet salud	carrera 3. 9. 29	26/05/1992	X		Martin Lopez		
4	CC	25001574	monica Alejandre	39		X											X											X			Asmet salud	carrera 3. 9. 41	8/12/1983	X		MONICA A B.		
5	CC	1093539871	Jimena Comez	24		X											X											X			Asmet salud	carrera 3.	05/11/1998	X		Jimena G		
6		25001138	Blanca Nubia costano	47		X											X											X			Neimás	carrera 3	30/12/1975	X		Blanca		
7	CC	1004993942	maria alejandra Gustavo	22		X											X											X			Asmet salud	Carrera 3	22/06/2000	X		Alejandra		
8	CC	25109380	marta cecilia G. M.	59		X											X														Nuevo EPS	carrera Pinares	26/04/1963	X		Cecili Gonzalez		
9	CC	1004994099	mary yulersi G.	19		X											X														Asmet salud	calle 10. casa 27	1/05/2003	X		MARY Yulersi		
10	CC	24999318	maria Dolly medina G.	71		X											X														Nuevo EPS	Calle 10	27/11/1951	X		Dolly Medina		

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.V.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11		1093580215	Valentina Restrepo A	25		X											X												X		Pycos salud.	calle 6#2-17	15/10/97 3225423268	X		[signature]	X	
12		109386368	Maricela gonzalez			X											X												X		Asmet salud	Carrera 3. 8. 58	8/03/2003	X		Mancela G.		
13		1004776552	Nicol Valencia			X											X		1004776555										X		Nueva EPS	Carrera 3. 61. 6.	21/09/2001	X		Nicol Valencia		
14		38756142	Viviana Arias			X											X												X		Sanidad militar	Carrera 3	28/12/1982	X		Bibiana Arias		
15		23000816	Omaira Ruiz			X											X												X		Go salud	Carrera 4. 10. 15	8/04/1975	X		Omaira Ruiz		
16		1093538154	Diana Jimena			X											X												X		Gor salud	Carrera 4. 10. 15	8/08/1995			Diana Jimena		
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1072

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael +9
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE IRA Y ENF. RESP.
FECHA: 29-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD# I10301

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7.00. A.M
HORA FINALIZACIÓN: 5.00. P.M
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaima Guatiqui

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICº FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1005888339	Aura Andrea Patiño	22		X											X											X			nueva EPS.	Carrera 4. 10 33	29/10/2002	X		Aura Patiño	^	
2	CC	1004794584	Natalia Patiño	20		X											X											X			nueva EPS	Carrera 4.	28/08/2002	X		Natalia P.	X	
3	CC	25000742	martha patiño	46		X											X											X			nueva EPS	Carrera 4	23/03/1974	X		Martha patiño		
4	CC	43346389	luz Arely Ineros	43		X											X											X			Asmet salud	Carrera 4	24/10/1977	X		luz Arely Ineros		/
5	CC	1121831562	Luz Elena Carcias	36		X											X												X		salado militar	carrera 4	28/06/1986	X		Helena G.		
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

NO	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA												ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	RDM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD MSUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD. ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1073

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: SAN RAFAEL #9
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION DE IRA Y SIGNOS DE ALARMA
FECHA: 19-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD 10301

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubén Quengazan

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

#	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
	CC	25180702	Diana Maritza Orozco Guzman.	38		X											X															Asmet Salud	Villa claret.	3145668397		X	Mariana Orozco		
1	TI	1140 064 350	Estefany Orozco Guzman	14		X											X															Asmet Salud	Villa claret.	3233971178		X	ESTEFANY O.	X	
2	CC	1151149469	Maria Eugenia Osoria	21		X				X																						pijao Salud	Soaya.	3 —o—		X	MARI	X	
3	CC	24790210	Orelia Ladino Niazo.			X				X																						pijao Salud	Caja de Oro.	—o—		X	U Reli	X	
4	CC	38657050	Maria Liliano bonillo	46		X																										Asmet Salud	Villa claret.	3217488569		X	Liliana Bonilla	X	
5	CC	1004964 856	Marta Lucia Jaramillo			X				X																						pijao Salud	Caja de Oro.	3175646382.		X	Martha	X	
6	CC	4231333	Francedis Giraldos.	44		X				X																						Asmet Salud	Villa claret.	3504078183		X	Francedis Giraldo	X	
7	CC	1366349	Victor Manuel Arbelaez Orozco	74	X												X															Asmet Salud	Villa claret.	3122893224		X	VICTOR M.	X	
8	CC	1272859	Jose Miguel espinosa diaz	67	X																											Nueva EPS	Pairupa.	3142097391		X	Jose Espinosa	X	
9	CC	25001544	Leide Guevara londoño	40		X											X															Nueva EPS	El Danubio	3104921455		X	Lorena G.	X	
10	CC.	1085433561	Luisa Fernanda Quirama	33		X											X															Coosalud	Soaya.	3126047361		X	[illegible]	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	CC	42009338	Lilia Ramirez Castaño	69		x											x	x														Soaya.	3164880273		x	[signature]		
12	CC	1093186061	Blanca Gonzalez.	24		x				x																						Villa claret.	—		x	Blanca		
13	CC	4528535	Fernando Antonio Montes	59	x																										Asmet Salud	Villa claret.	3114121462		x	Fernando	M	
14	TI	1093186 241	Luis fernando Guevara Marin	17	x												x														Asmet Salud	El Danubio	3222650764		x	[signature]		
15	CC	43671625	Luz Mary londoño U	54		x											x														Pijao salud	Villa Clareth	3138147241			[signature]		
16	CC	1045137[illegible]	Natalia Londoño	34		x											x														Coosalud	Villa clareth	3108452043			Natalia		
17	CC	1092914 619	Maria luz Gonzalez	39		x			x																			x			Pijao salud	Caja de oro	3185202737			Maria Luz		
18	U	4528450	Isaias Ogari	40	x				x																			x			Pijao salud	Caja de oro	3185202737			Isaiaz		
19		25080726	Luceny Marin	49																											Sura	Villa claret	3226908708			[signature]		
20		9.921968	Juan Ramon U	51																												Villa claret	3116261831			Juan Ramon		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 10

Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con prevención del trabajo infantil (2) y prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (2) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar mediante actividades masivas de información. Cantidad, beneficiarios 200 personas mínimos. Actividad realizada por enfermero y Auxiliar de enfermería. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10102. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Cada actividad 30 minutos.

RECURSO HUMANO	Psicologo(a) + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	200 personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Registro Fotografico RIPS con el CUPS I 11412

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 31 de octubre de 2022	**No: 10.01**	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACIOON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Educar, informar y concientizar a los niños niñas y adolescentes sobre el trabajo infantil y las lesiones que puede ocasionar las quemaduras de pólvora	
Tema: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.		**No páginas: 3**	
Responsable: Psicóloga		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena Perea	
Lugar: Pueblo Rico Risaralda		**Zona:** Urbana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

Para dar cumplimiento al objetivo planteado, se planificó una marcha. Para la cual se hizo uso de lo siguiente materiales de apoyo: Carteleras, Marcadores, bolígrafos, plegables.

Dicha actividad se realizó en la cabecera municipal de Pueblo Rico donde primero se hace una presentación al coordinador de la institución del equipo que realizó la actividad, posteriormente se hace una reunión con los alumnos de la institución para realizar la presentación y darles a conocer el itinerario del día, todo esto en conjunto y apoyo de los docentes, los cuales brindaron una calurosa bienvenida a la institución.

OBERVACIONES

Se logró el objetivo de la actividad y se contó con la participación de muchas personas

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

La actividad da inicio con la presentación de la coordinadora del PIC Departamental, dando da a conocer el equipo de trabajo y explica los temas a tratar en la actividad; posteriormente la Psicóloga educa y concientiza a los estudiantes frente al tema de trabajo infantil y las lesiones por quemaduras de pólvora. Se explica: Trabajo infantil: es toda actividad normal o peligrosa, remunerada o no que realizan en la cual se lleve a cabo la utilización de niños, niñas y adolescentes, lo cual conlleva a la violación de sus derechos, y perjudica su desarrollo físico y psicológico. También se debe tener en cuenta que dicha problemática se lleva a cabo por diversos factores bien sean, sociopolíticos, económicos, psicológicos, educativos entre otros, que pueden afectar los lazos afectivos en las familias y conllevar a realizar dicha práctica. No se debe confundir los trabajos o labores domésticas tales como: barres, trapear, lavar ropa etc., ya que estos se realizan con el fin de brindar apoyo a los padres y familiares. Dicha explicación termina con un mensaje motivacional: "que lo único que se TRABAJE sea la IMAGINACIÓN de cada niño, niña y adolescente." Lesiones por quemaduras de pólvora: a lo largo del tiempo se ha venido incrementando el uso de fuegos artificiales en las celebraciones de fiestas bien sean decembrinas, patronales, cumpleaños, entre otras. sin embargo, éste o cualquier otro producto fabricado a base de pólvora puede provocar accidentes y quemaduras. Las quemaduras se producen por el efecto del calor, la electricidad, frío, sol, productos químicos o radioactividad. Entre más elevada sea la	

temperatura y el tiempo de contacto, más profunda es la quemadura y aumenta el riesgo de complicaciones. La manera más efectiva de evitar una quemadura por fuegos artificiales es la prevención, por eso se recomienda evitar el contacto con objetos que contengan pólvora, ya sean cohetes, fuegos artificiales, luces de bengala, entre otros. Si se va a hacer uso de esta se debe hacer bajo la supervisión de un adulto responsable y en espacios libres, con el fin de no poner en riesgo la vida de terceras personas. "evitemos quemaduras por el uso inadecuado de la POLVORA, por una vida tranquila y segura" Para esto se realizó un recorrido por las calles del municipio, el cual da inicio a las 10:00 am en la calle del Hospital San Rafael de Pueblo Rico con todos los estudiantes de la institución Educativa San Pablo, y finalizó en el parque principal del municipio; se pudo tener en cuenta el apoyo de los docentes y estar al pendiente de cada alumno, y se contó con la presencia de algunas entidades, con el fin de dar a conocer los temas, prevenir y sensibilizar a la comunidad y sus alrededores. Dicha actividad se finaliza con una jornada recreativa y de mucho aprendizaje.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Durante la actividad se repartió refrigerio a los estudiantes, se diligencia el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	

COMPROMISOS:

Hasbleidy Mena

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

RUBIAN QUERAGAMA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 31/10/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Pueblo Rico Risaralda			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

132

RDO-XXX-2020

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 20220S784
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Lina Mª Uribe R.
Tramitador

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Señor

PRESIDENTE Y HONORABLES CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am. se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente.

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
Copia a: ***Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

L33

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 11:53
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: concejo@pueblorico-risaralda.gov.co
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señor
PRESIDENTE Y HONORABLES CONCEJALES DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS784 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS784.pdf
381K

1034

RDO-XXX-2020

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 2022RS783
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Lino Mª Uribe R.
Tramitador

Señora

ANYI DAYANA RODAS OSORIO

Enfermera Salud Pueblica

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivada según TRD:

1085

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 11:49
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: "direccionlocaldesalud @pueblorico-risaralda.gov.co" <direccionlocaldesalud@pueblorico-risaralda.gov.co>
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señora
ANYI DAYANA RODAS OSORIO
Enfermera Salud Publica
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS783 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS783.pdf
378K

RDO-XXX-2020

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA

Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 20220005782
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Lina Mª Uribe R.
Tramitador

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Señor

DANILO MEJIA ARCILA

Personero Municipal

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

1037

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS781 de fecha 2022111. cordialmente LINA MARIA URIBE RAMIREZ Apoyo unidad de correspondencia ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 11:42
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: "Personeria @gmail.com" <personeria@pueblorico-risaralda.gov.co>, personeriapueblorico@gmail.com
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Doctor
DANILO MEJIA ARCILA
Personero Municipal
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10:00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS782 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS782.pdf
377K

	FORMATO PARA COMUNICACIONES EXTERNAS	Código: F-GD-07 Versión: 1 Fecha: 01-07-2020 Página 1 de 17

RDO-XXX-2020

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA

Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 2022 85381
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Lina Mª Uribe R.
Tramitador

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Señora

MONICA ANDREA RODAS MURILLO

Coordinadora CDI Mis Travesuras

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente.

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

1037

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

2 mensajes

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 11:37
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: cdimistravesuraspueblorico@gmail.com
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señora
MONICA ANDREA RODAS MURILLO
Coordinadora CDI Mis Travesuras
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS781 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 11:37
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: cdimistravesuraspueblorico@gmail.com
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

[El texto citado está oculto]

2022RS781.pdf
382K

	FORMATO PARA COMUNICACIONES EXTERNAS	Código: F-GD-07 Versión: 1 Fecha: 01-07-2020 Página 9 de 17

RDO-XXX-2020

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11 -11 -2022
Radicación No: 2022RS188
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Tramitador

Señor

Técnica en Salud- Dirección Local de Salud

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

1091

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 12:16
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: "direccionlocaldesalud @pueblorico-risaralda.gov.co" <direccionlocaldesalud@pueblorico-risaralda.gov.co>
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señores
DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD (PUEBLO RICO)
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS788 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS788.pdf
376K

	FORMATO PARA COMUNICACIONES EXTERNAS	Código: F-GD-07 Versión: 1 Fecha: 01-07-2020 Página 6 de 17

RDO-XXX-2020

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 2022ES786
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Tramitador

Señora

LUZ DARY GALEANO CARDOSO

Coordinadora Municipio ICBF

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpuebloricо.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

193

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 12:12
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: utnutricionsantacecilia@gmail.com
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señora
LUZ DARY GALEANO CARDOSO
Coordinadora Municipio ICBF
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le Informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS786 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS786.pdf
376K

RDO-XXX-2020

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11 - 11 - 2022
Radicación No: 2022RS784
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Lina Ma Uribe.
Tramitador

Señora

LIZET MARILLY BUSTAMANTE ACEVEDO

Secretaria de Gobierno

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
Copia a: ***Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD:

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 12:46
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: alcaldia@pueblorico-risaralda.gov.co
Cc: "gobierno@pueblorico-risaralda.gov.co" <gobierno@pueblorico-risaralda.gov.co>
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señora
LIZET MARILLY BUSTAMANTE ACEVEDO
Secretaria de Gobierno
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS789 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS789.pdf
377K

136

RDO-XXX-2020

Pueblo Rico Risaralda, 11 de noviembre de 2022

Ese Hospital San Rafael
Pueblo Rico Risaralda
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA
Fecha: 11-11-2022
Radicación No: 20225791
Folios: N/A
Anexos: N/A
Total Folios: N/A
Irina Mª Uribe
Tramitador

Señor

LEONARDO FABIO SIAGAMA GUTIERREZ

Alcalde Municipal

La Ciudad

Asunto: Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

Cordial Saludo

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

LUGAR DE PARTIDA: HOSPITAL SAN RAFAEL

HORA: 10:00 am

Esperamos contar con su valiosa presencia.

Cordialmente,

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA

Gerente

ESE Hospital San Rafael De Pueblo Rico

3216363542

gerencia@hospitalsanrafaelpuebloricо.gov.co

Proyectó: Calidad
Revisó: Gerencia
Anexos:
*Copia a: **Marcela Montoya Duque***
Archivado según TRD

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Invitación para hacer parte de la MARCHA CERO QUEMADOS POR POLVORA EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO EN EPOCA DECEMBRINA

1 mensaje

VENTANILLA UNICA Hospital San Rafael 12 de noviembre de 2022, 12:50
<ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>
Para: alcaldia@pueblorico-risaralda.gov.co
Cc: gobierno@pueblorico-risaralda.gov.co
Cco: PLANEACION - CALIDAD Hospital San Rafael <planeacion.calidad@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>, GERENCIA Hospital San Rafael <gerencia@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co>

Cordial saludo

Señor
LEONARDO FABIO SIAGAMA GUTIERREZ
Alcalde Municipal
La Ciudad

La E.S.E. Hospital San Rafael y el PIC -Plan de Intervenciones Colectivas- Departamental 2022, se complace en invitar y hacerlo parte de la marcha de prevención de quemados por uso de pólvora para el municipio de Pueblo Rico, marcha que se llevará a cabo el día 17 de noviembre 2022 dando inicio desde las instalaciones del Hospital San Rafael a las 10: 00am, se solicita llevar carteleras alusivas a la campaña PREVENTIVA DE USO DE POLVORA

Le informamos que la comunicación fue enviada bajo radicación de salida No.2022RS791 de fecha 2022111.

cordialmente

LINA MARIA URIBE RAMIREZ
Apoyo unidad de correspondencia
ESE Hospital San Rafael - Pueblo Rico (Rda).

2022RS791.pdf
380K

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención de trabajo infantil y lesiones por pólvora.
FECHA: 31 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11412.

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hubleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	T.I	1109309863	Maria fernanda Pasbuaza Cardona	16		X											X											X			Asmet salud	Cl 10 3 27 01-06-2006	318 694 7722	X		Maria fernanda	X	
2	T.I	1089601718	Juan Carlos Ramirez Moncada	15	X												X											X			Pijaos salud	Kr 5 11 B 07 10-12-2006	320 654 1611	X		Juan Carlos	X	
3	T.I	1093196566	Brayan Morales Galeano	15	X												X											X			Nueva E.P.S	Vereda Tatama 12-08-2007	314 747 5875		X	Brayan	X	
4	T.I	1089603447	Laura Sofia Villa Rodriguez	15		X											X											X			Nueva E.P.S	Cl 7 2 16 07-06-2007	312 611 2937	X		Laura	X	
5	T.I	1093558858	Yeison Estiven Restrepo Echeverri	14	X												X											X			Asmet Salud.	Kr 4 9 03 Br Pinares 03-03-2008	311 663 9817	X		Yeison Estiven	X	
6	T.I	1030140915	Isabela Buntero Hernandez	13		X											X													X	Nueva E.P.S	Cl M2 2 C5 14 07-03-2009	320 597 4847	X		Isabela	X	
7	T.I	1093186696	Edwin Florez Uribe	13	X												X											X			E.P.S sanitas	Cl 7 2 23 10-01-2009	319 676 0769	X		Edwin	X	
8	T.I	1093535568	Laura Juliana Colorado Diaz	13		X											X													X	Nueva E.P.S	Kr 4 9 36 03-05-2009	312 297 6264	X		Laura Juliana	X	
9	T.I	1093533628	Valery Tejada Mejia	13		X											X													X	E.P.S. S.O.S.	Cl 6 2 08 22-05-2009	310 846 3306	X		Valery	X	
10	T.I	1093186689	Luna Daniela Orrego Osorio	13		X											X														Asmet Salud.	Kr 3 8 32 31-12-2008	310 384 9311	X		Luna Daniela	X	

No	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRSD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PYMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1009318 6701	David Mojica Yatacue	13	X												X										X			Nueva EPS	Vereda Santa fe 11-02-2009	311 336 5630		X	David	X	
12	T.I	1093535597	Laura Ibarra Tuzarma	13		X											X											X		Asmet Salud.	CLL 9 3 10 14-05-2009	318 729 1820	X		Laura I	X	
13	T.I	1142316836	Alejandro Lopez Rivillas	13	X												X												X	Cosmitet	CL 5 5 09 27-06-2009	312 834 2805	X		Alejandra	X	
14	T.I	1123987465 7	Stefani valencia cano	13		X											X										X			Nueva E.P.S	Vereda Cirato 30-10-2009	317 591 3835		X	Stefany	X	
15	T.I	1089100797	Luz Dahianna rascon giraldo	13		X											X											X		Coosalud	Kr 4 8 12 23-06-2009	315 569 3619	X		Luz dahina	X	
16	T.I	1089100898	Valentina Tascon giraldo	13		X											X													Coosalud	Kr 4 8 12 23-06-2009	315 569 3619	X		Valentina	X	
17	T.I	1093535658	Isabella Bonilla Muvillo	13		X											X											X		Cosmitet	CL 2 5 A 16 18-06-2009	321 710 9924	X		Isabela	X	
18	T.I	1089603924	Xiomara Lloreda Arrendondo	14		X											X											X		Nueva E.P.S	CKr 3 6 62 26-09-2008	312 808 8297	X		Xiomara	X	
19	T.I	1093186635	Juan David Nieto Ramirez	14	X												X										X			Nueva E.P.S	CL 5 3 45 15-05-2008	320 853 3931	X		Juan David	X	
20	T.I	1089100853	Johan manuel Serna velez		X												X										X			Asmet Salud	Kr 5 11 B 17 26-07-2009	311 316 0034	X		Johan Manuel	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención trabajo infantil y volcanes por quemaduras por polvo
FECHA: 31-octubre-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11412.

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy M.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	T.I	108910 0513	Jose Fernando Serna Hendo.	14	X												X											X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico Cl 4 #4-50	21-09-2008	X		Jose F. S.	X	
2	T.I	108960 3789	Jimena Tascon Estrada.	14		X											X											X			Asmet Salud	Vereda la soleda	06-09-2008		X	Jimena T.	X	
3	T.I	109353 5242	Carlos Mario Ramirez Velez.	14	X												X											X			Nueva EPS	vereda Jamanaya	09-09-2008		X	Carlos M.	X	
4	T.I	109353 4839.	Sebastian Giraldo Giraldo.	14	X												X											X			coosalud	MZ 1 CS 203	20-12-2007	X		Sebastian	X	
5	T.I	108755 1160	Danna Michel Quiceno Cardona	15		X											X											X			Nueva E.P.S	Kr 4 # 3-36	25-06-2007	X		Danna Q	X	
6	T.I	103064 1249	Sebastian Molano Hernandez.	13	X												X													X	RAS. #3	Kr 2 #7-20	04-11-2009	X		Sebastian M	X	
7	T.I	109318 6676	Lina Marcela Palacios Soto.	14		X											X											X			Asmet salud	vereda los pueblos.	19-10-2008		X	MARCELA P.	X	
8	T.I	108960 6880	Manuela Isaza Morales.	13		X											X											X			Asmet salud.	Pueblo Rico MZ 5 CS 21	22-09-2009	X		manuela	X	
9	T.I	108828 9247	Santiago Uribe Castaño.	13	X												X											X			Asmet Salud.	Pueblo Rico Cl 7 #3-36	04-04-2009	X		Santiago Uribe	X	
10	T.I	109353 6126	Lorena Castaño Aguirre.	12		X											X												X		S.O.S	MZ 3 CS 206	02-04-2010	X		Lorena Castaño.	X	

NO	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	HEMOFILICOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1150944 0370	Juan Manuel Cumbrera Osorio	12	X												X											X			Nueva E.P.S	Mz 3 Cs 11	23-02-2010	X		Juan Manuel	X	
12	T.I	1093536027	Juan David Pelaez Toro	12	X												X											X			Asmet Salud.	Mz 1 Cs 105	15-02-2010	X		Juan David	X	
13	T.I	1093536414	Kevin Andres Cuartas Marin	12	X												X											X			Nueva E.P.S	Vda el Rebreo.	18-04-2010		X	Kevin Cuartas	X	
14	T.I	1093536029	Santiago Marin Marquez.	12	X												X											X			coosalud	Vda el Rebreo.	22-02-2010		X	Santiago M.	X	
15	T.I	1088294222	Juan David Jaramillo Ramos	13	X												X											X			Nueva E.P.S	Clz #1-71	11-09-2009	X		Juan David	X	
16	T.I	1093536024	Maria Jose Alvarez Florez.	12		X											X											X			Nueva E.P.S	Krs #7-17	11-02-2010	X		Mª Jose.	X	
17	T.I	1061741385	Andres Felipe Sanamillo C.	13	X												X											X			coosalud	Kr4 #8-70	13-09-2009	X		Andres Felipe	X	
18	T.I	1144251 6922	Fernanda Zamora Espinel.	13		X											X											X			Nueva E.P.S	Kr4 #8-59	19-07-2009	X		Fernanda	X	
19	T.I	1088301152	Lorenzo Osorio Quintero	12	X												X												X		Nueva E.P.S	Mz1 Cs 13	29-02-2010	X		Lorenzo O.	X	
20	T.I	1093918496	Katherine Leal Osorio	12		X											X														R.A.S #3	Clo #3-55	13-12-2009	X		Katherine.	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Version: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención trabajo infantil y lesiones por quemaduras P.
FECHA: 31- octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11422

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haybleidy Muñoz

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGBTI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: EPINA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA V	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	T.I	10935 35047	Jhonatan Villada Mejia	14	X												X											X			Asmet Salud.	Cra 4 3 53 05-06-2008.	312 848 6748	X		Jhonatan V	X	
2	T.I	11288 48582	Laura Daniela Quintero Franco	13		X											X											X			Nueva E.P.S	Kr 2 b 34 24-10-2009	312 279 9348	X		Laura D	X	
3	T.I	10882 79273	Allison Viscaya ortiz	14		X											X											X			Asmet Salud	M2 7 C5 01 16-05-2008	321 645 7963	X		Allison	X	
4	T.I	109318 6709	Juan David Londoño trujillo	13	X												X											X			Nueva E.P.S	Cl 9 3 5L 06-03-2009.	314 220 3960	X		Juan David	X	
5	T.I	109318 6735	Edwin Leandro Bermudez Arenas	13	X												X											X			Asmet Salud.	Vereda Cristalino 08-06-2009	311 326 1698		X	Leandro B	X	
6	T.I	11290 44430	Maria del Pilar Castrillon Castrillon	14		X											X											X			Salud total	Kr 4 9 27	317 389 4835	X		Maria del pilar	X	
7	T.I	10935 33909	Santiago Jaramillo Lloreda	16	X												X													X	C.S.S. Salud.	Dkr 5 A 11 6 15 09-02-2006.	320 357 2162	X		Santiago	X	
8	T.I	10931 86556	Raven Yurley Jimenez Arias	15		X											X											X			Asmet Salud.	Cl 10 4 30 07-08-2007.	323 320 6998	X		Raven Y	X	
9	T.I	10935 34324	Paola Andrea Pelaez Galeano	16		X											X											X			Coosalud	Kr 34 12 22-09-2006.	321 411 7980	X		Paola Pelaez	X	
10	T.I	10882 62329	Claudia Jhanet Rios Londoño	16		X											X													X	Asmet Salud	M2 b C5 02 28-09-2006	321 899 6819	X		Claudia	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA								ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SPI-SD	SALUD VISUAL, AUDITIVA Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	10935 34847	Juan Jose Salazar Gonzalez	15	X											X											X			Pijao Salud	Cl 3 B 4 53 18-09-2007	311 873 9912	X		Juan José	X	
12	T.I	10882 70863	Ronald Estiven Ramirez Chevez	15	X											X											X			Nueva E.P.S	Cl 5 5 14 04-07-2007	312 811 8313	X		Ronald R	X	
13	T.I	103014 0543	Michael Stiven Medina Gonzalez	14	X											X											X			Asmet salud	Vereda Ciatocito 14-02-2008	312 727 7215		X	Michael M	X	
14	T.I	110706 0842	Angel Esteban Quintero Largo	14	X											X											X			Coosalud	Vereda Montebello 23-03-2008	316 477 5508		X	Angel Quintero	X	
15	T.I	108828 0918	Sergio Zapata Agudelo	14	X											X											X			Asmet salud	Vereda Palo Blanco 20-07-2008	315 764 7979		X	Sergio Z	X	
16	T.I	104163 2619	Miguel Angel Castaño BeDoya	14	X											X											X			Asmet salud	Vereda el recreo 23-04-2008	314 866 2288		X	Miguel	X	
17	T.I	10935 58913	Santiago Rendon Moreno	14	X											X											X			coosalud	Mz 3 Cs 201 BR El Progreso 13-08-2008	314 887 1484	X		Santiago	X	
18	T.I	10301 41670	Jhoan Sebastian Velez Pineda	13	X											X											X			Asmet salud	Cl 9 3 31 16-07-2009.	313 605 7906	X		Jhoan	X	
19	T.I	109318 6657	Yuri Camila Londoño Giraldo	14		X										X											X			Nueva E.P.S	Mz 1 Cs 103 16-08-2008	319 460 4509	X		Yuri Camila	X	
20	T.I	10935 35349	Emmanuel Toro Valencia	14	X											X											X			Asmet Salud	Mz 4 Cs 103 BR El Progreso 14-11-2008	322 604 0463	X		Emmanuel	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFONICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención trabajo infantil y las peores formas Quemaduras. P.
FECHA: 31 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11412.

ENTORNO: Mixto
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Heisbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	10935 33371	Santiago ossa Lozano	17	X											X											X			Nueva EPS	Vereda Tatama	13-11-2005		X	Santiago	X	
2	T.I	10790 97311	Monica Jave Gil	16		X										X											X			Asmet Salud	MZ 6 CS 05 BR Mango del mister	18-12-2005	X		Monica	X	
3	T.I	10935 34159	Daniel Santiago Lopez Valencia	16	X											X											X			Coosalud	KR 5 11 B 29	26-06-2006	X		Daniel	X	
4	T.I	10882 97636	Paola Alexandra Gonzalez osorio	14		X										X											X			Asmet Salud.	CL 44 39	11-04-2008	X		Paola A	X	
5	T.I	10931 86591	Juan camilo Castaño Castrillon	14	X											X											X			Pijaos Salud	Vereda Jamaireya	03-12-2007		X	Juan Camilo	X	
6	T.I	10875 52522	Maria Alejandra Henao OSPina	14		X										X											X			Asmet Salud.	Vereda La Palma	01-08-2008		X	M: Alejandra	X	
7	T.I	11025 16009	Santiago Molina Cano	14	X											X													X	EPS. servicio occidental.	KR 38 14 A Z	09-08-2008	X		Santiago	X	
8	T.I	10931 86637	Valentina Giraldo Henao	14		X										X														Asmet Salud.	CL 3 4 29	15-05-2008	X		Valentina	X	
9	C.C	109353 3371	Erika tatiana Grajales N.	19		X										X											X			Coosalu	Pueblo Rico CL 3 4 11	29-07-2004	X		Erica Tatiano	X	
10	T.I	108754 19257	Danna Michell Cruz ortiz	16		X										X											X			Asmet salud	Pueblo Rico Kr 3 # 5-03	16-02-2006	X		Danna Michell	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA SEÑERICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SM-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1093188421	Sebastian Betancurth Castañeda	16	X												X									X			Coosalud	Kr 25 A 34 Pueblo Rico	26-01-2006	X		Sebastian	X	
12	T.I	1093186506	Luisa fernanda Cañas Arbeláez	15		X											X									X			Asmet Salud	Pueblo Rico Kr 5 # 2-19	11-03-2007	X		Luisa F.	X	
13	T.I	1059697507	Carmen Sofia Ladino Melchor	17		X											X									X			Coosalud	Pueblo Rico Kr 4 # 10-11	14-08-2005	X		Carmen S	X	
14	T.I	1093186515	Pailer Mosquera Perea	15	X												X									X			Asmet Salud.	Pueblo Rico Kr 5 # 11-24	05-03-2007	X		Pailer M.	X	
15	T.I	1085719538	Luna Uribe Osorio	15		X											X									X			Nueva E.P.S	Pueblo Rico CL 6 # 4-36	15-10-2007	X		Luna Uribe	X	
16	T.I	1093186567	Sara Guampe Diaz	15		X											X									X			Asmet salud.	Pueblo Rico Kr 4 # 7-79	17-09-2007	X		Sara	X	
17	T.I	1094347437	Franyer vera Prato	15	X												X									X			Coosalud	Pueblo Rico Kr 2 # 6-49	21-11-2007	X		Franyer V.	X	
18	T.I	1093186647	Alexander Velez Cano	14	X												X									X			Coosalud	Pueblo Rico CL 2 C5 A 38	30-06-2008	X		Alexander	X	
19	T.I	1093534611	Jeider Yair Salazar Zapata	15	X												X									X			Asmet Salud.	Pueblo Rico CL 8 # 4-48	26-06-2007	X		Jeider yair	X	
20		1088282300	Isabella Jaramillo			X											X											R	EPS Servicio occidental de salud.	Pueblo Rico Kr 5 #5-52	16-08-2008	X		Isabella	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1102

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPTAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: MARCHA POLVORA Y TRABAJO INFANTIL
FECHA: 31-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 2:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Juárez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR. SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1093860 05	Alejandro Hincapie	16	X												X											X			Nueva EPS	Kra 5 # 5-82	3235270369	X		Alejandro	X	
2	TI	108829 3222	Carolina Lopez Sanchez	17		X											X											X			Nueva EPS	Kra 5 # 5-3 8	3146235006	X		CAROLINA	X	
3	TI	107743 1780	Luis E. Montalto	15	X												X											X			Pijaos	Kra 3 # 4-39	3164653336	X		LUIS ESTEBAN	X	
4	TI	105353 3997	Juan Alejandro Rios	15	X												X											X			Asmet	Mza 2 Cs 03	3657060003	X		Alejandro R.	X	
5	TI	105353 3960609	Manuela Castaño S.	17		X											X											X			Asmet	Vereda Cieto	3168574987	X		[illegible]	X	
6	TI	111239 1372	Luna D. Carmona Gerona	16		X											X											X			Asmet	Mza 2 Cs 3A 18	3125276635	X		LUNA		
7	TI	105318 6912	Simon Perdon Velez	15	X												X											X			Pijaos	Calle 10-3-29	3127994815	X		SIMON VELEZ	X	
8	TI	105353 4327	Kevin Andres Gomez A.	17	X												X											X			Cosmitet	Calle 6 # 5 37	3126216579	X		Kevin Andres	X	
9	TI	105353 4499	Juan David Gomez L.	15	X												X											X			Asmet	Kra 3 # 8-66	3184987340	X		Juan David L.	X	
10	TI	105318 6656	Tatiana Herrera	17		X											X											X			Asmet	3 Kra 4 # 7-50	3112690119	X		Y. Tatiana	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	TI	1058865 1973	Salome Garibe Cruz	17		X											X											X			Cosmitet	Kra St 7-22	3219151643	X		Salome V.	X	
12	TI	111290 4841	Eida Alexis Camara V.	17	X												X											X			Nueva EPS	Vereda San Jose	3165858047	X		Eida Alexis	X	
13	TI	105318 6467	Paula Valentina Tangarife	16		X											X											X			Nueva EPS	Vereda TATAMA	3122551454	X		paula Valentina	X	
14	TI	103014 6295	Victor Manuel Herrera	17	X												X											X			Asmet	Calle St 5-63	3127195116	X		VICTOR	X	
15	TI	105318 6474	Maria Catalina Galeano	16		X											X											X			Nueva EPS	Vereda TATAMA	3147475851	X		Maria Catalina	X	
16	TI	1087 99 7437	Alejandro Herrera	15	X												X											X			Pipos	Mz I Cs 108	3502732851	X		ALEJANDRO	X	
17	TI	105353 4242	Julian Cardona Muñoz	17	X	X											X											X			Pipos	Tv - 16-76	3112669963	X		Julian Cardona	X	
18	TI	105353 4719	Diana Vanesa Camara	15		X											X											X			Nueva EPS	Vereda el indio	3122607418	X		DIANA	X	
19	TI	105969 7701	Jonatan Esteban Trejos	16	X												X											X			Nueva EPS	Calle Nº 10-46	3127643326	X		Jonatan Esteban Trejos	X	
20	TI	105318 6521	Karol Daiana Cano V.	15		X											X											X			Nueva EPS	Vereda El secreto	3114745190	X		Karol Daiana	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1103

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: MARCHA POLVORA - TRABAJO INFANTIL
FECHA: 31-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 2:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jocro

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFRODOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	TI	1053 53 3317	Luis Mario Nuñez	17	X											X											X			Nueva EPS	Kr 4 # 8-47	3128205662	X		[illegible]	X	
2	TI	1053 18 6393	Laura Camila Montes	17		X										X											X			Pipos	Mz. 4 Cs 202	3205922792	X		Laura Camila C.	X	
3	TI	1088 25 7161	Dileimi Figueroa M	17		X										X											X			Nueva EPS	Mz 7 Cs 3	3116263884	X		DILEIMI	X	
4	TI	1089 60 0247	Samuel Ossa Millan	16	X											X											X			Nueva EPS	Vereda Tatama	3136460288	X		Samuel Ossa	X	
5	TI	1053 53 4400	Luis Fernando Mora V.	15		X										X											X			Cosmitel	Calle 4 # 3-39	3232921956	X		Luisa Fernanda V.	X	
6	TI	1093 18 6516	Daniel Felipe Montes F.	16	X											X											X			Nueva EPS	Mz 4 Cs 202	3206095592	X		DANIEL F.	X	
7	TI	1087 55 110	David Zapata	16	X											X											X			Pipos	Mz 1 Cs 106	3127195111	X		DAVID	X	
8	TI	1053 53 4607	Yiseth Pinzon A.	15		X										X											X			Nueva EPS	Kr 5 # 4-28	3645437068	X		L. Yiseth	X	
9	TI	1114 3 10895	Angie Tatiana Canales	17		X										X											X			Nueva EPS	Mz 2 Cs 3 Villa Daniela	3137587371	X		Tatiana Canales	X	
10	TI	1089 601 981	Xiomara Rodriguez L.	16		X										X											X			Cosmite.	Mz. 6 Cas 8	3106259872	X		XIOMARA	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	TI	108560 2167	Brandon Moreno B	16	x												x											x			Nueva EPS	Kr 5t 7-28	3148771484	x		Brandon Moreno	x	
12	TI	05318 6489	Anyi Daniela Garcia G	16		x											x											x			Nueva EPS	Kr 5t 11 B-15	3106653285	x		Anyi Daniela	x	
13	TI	102964 5512	Dayana Aguirre	15		x											x											x			Nueva EPS	Mz. 3 Cs 206	3146208459	x		Nicol Dayana A.	x	
14	TI	112056 5077	Camilo Andres Rodriguez	16	x												x											x			Asmet	Kra 3 t 6-14	3146192006	x		Camilo Andres	x	
15	TI	105318 6568	Vanessa Betancur Naranjo	16		x											x											x			Nueva EPS	Calle 7 t 2-03	3127361786	x		Vanesa B.	x	
16	TI	1030 14 0399	Mayerly Chavarro Conor	15		x											x											x			Pipos	Kr 5A t 3A-12	3104421784	x		Mayerly Ch.	x	
17	TI	105318 6070	Julian David Villegas A.	17	x												x												x		Cosmitel	Kr 5t 11-A20	32349937621	x		Julian David Villegas	x	
18	TI	110589 6460	Maryi Yulisse Campos	15		x											x											x			Nueva EPS	Kra 5t 6-11	3207327795	x		Maryi Y.	x	
19	TI	111 5452 752	Jhoran Hernan Bermudes	16	x												x											x			Nueva EPS	Vereda Cistacto	3113261688	x		Jhoran Hernan	x	
20	TI	105353 4986	Heidy Velez Muñoz	16		x											x												x		Cosmitel	Calle 9 N-2-64	3128162355	x		HEIDY V.	x	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFONICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1104

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCIÓN USO DE POLVORA Y TRABAJO INF.
FECHA: 31-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 2:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jucu

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.M.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	TI	1093186349	michel steven P	15	X												X														Coosalud	KR 3847	3164302705	X		Michil	X	
2	TI	1093534039	emmanuel Barro	15	X												X														NuevaEPS	CL 9310	3147291820	X		emmanuel	X	
3	TI	1088259514	Joseph londoño	13	X												X														NuevaEPS	MZ 1 CS 01	3208620251	X		Joseph	X	
4	TI	1125084503	Jimena Velez A	16		X											X														NuevaEPS	CL 7425	3207724496	X		Jimena	X	
5	TI	1089619249	Ester Daniela	15		X											X														Coosalud	KR 4818	3104173294	X		Ester Dani	X	
6	TI	1093187012	Geraldine Bolaños	17		X											X														Coosalud	KR 4401	3212953187	X		Geraldine	X	
7	TI	1089607126	Juancamilo Rodriguez	15	X												X														NuevaEPS	KR 510 A 25	3112896788	X		Juan camilo	X	
8	TI	1093186471	Anabela Valencia C.	13		X											X														NuevaEPS	CL 25 A 09	3184814743	X		Anabela	X	
9	TI	1114153381	lizeth Dallana	16		X											X														Pipos	CL 5566	3023486701	X		Lizeth Dallana	X	
10	TI	113[illegible]	Jhon Jayol	14	X												X														NuevaEPS	la soleda	3117725505	X		Jhon Jaiyo	X	

Nº	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	ESTIM	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	TI	1057859 09	Juan Javier	13	x												x														Coosalud	KR 51 A 36 B R	3182670360	x		Juan Javier	x	
12	TI	1088298 511	NISSY Medina R.	12		x											x														NuevaEPS	CL 25 A 22	3128055111	x		nissy	x	
13	TI	1041286 848	Hellen tatiana V.	13		x											x														Coosalud	CI 9 3 15	3143689860	x		Hellen tatiana	x	
14	TI	1087555 409	Nicole Dayana G.	15		x											x														NuevaEPS	MZ 4 CS 204	3133088501	x		nicole dayana	x	
15	TI	1093186924	Juan David Eusse	17	x												x														Coosalud	vereda san luis	3146663602	x		Juan David	x	
16	TI	1088307053	Sofi Cousic Ruiz	16		x											x														Coosalud	MZ 3 CS 105	3135513523	x		SOFI	x	
17	TI	1093186927	maria camila m	15		x											x														NuevaEPS	vereda taiba	3228572728	x		maria camila	x	
18	TI	1093186951	Jhon alexis Zapata	17	x												x														Coosalud	Palo blanco	3184312520	x		Jhon Alexis	x	
19	TI	1093536352	Maicol andres Pelaez	17	x												x														NuevaEPS	KR 3412	3217188990	x		maicol andres	x	
20	TI	1043536568	Xiomara Quintero	18		x											x														Coosalud	Vereda ciatocito	3132498692	x		Xiomara	x	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:	FORMATO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )	ASISTENCIA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )	REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )	CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREVENCION USO POLVORA - TRABAJO INFANTIL
FECHA: 31-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 2:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jocuo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	TI	1093532136	victor manuel A.	14	X												X														Asmet	cl 6 2 08	3127705774	X		victor manuel	X	
2	TI	1020402057	Shirly marina J.	12		X											X														Nueve EPS	KR 3822	3148852787	X		SHirly marina	X	
3	TI	1093186156	laura melisa Jimen	15		X											X														Nueve EPS	Vereda Jamarraya	3105437857	X		laura melisa	X	
4	TI	1112759878	santiago londoño	13	X												X														Nueve EPS	o veredad cl 9351	3142203960	X		SANTIAGO	X	
5	TI	1093186311	kelly Jhoana A	14		X											X														Asmet	Cl 3 B 4 47	3217344954	X		Kelly Jhoana	X	
6	TI	1089098157	maria camila castaño	14		X											X														Asmet	Cl 5 5 20	3136821945	X		maria camila	X	
7	TI	1093186417	JhonaThan steven	13	X												X														Pipos	MZ 8 CS 05	3105311196	X		JhonaThan	X	
8	TI	1093186320	melisa Ramos	16		X											X														Pipos	o tv 1668	3153533713	X		melisa	X	
9	TI	1093533721	Jhoan estiven V.	15	X												X														Cosmtel	MZ 3 CS 212	3126599784	X		Jhoan	X	
10	TI	1093186344	luz adriana moncada	17	X												X														Coosalud	Cl 9 3 28	3146216632	X		Luz adriana	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	TI	1093186438	Jtlon DaRoWin A	13	x												x														Nueva EPS	KR 5717	311742846	x		Jhon D	x	
12	TI	1093533 19	Yina agudelo mejia	15		x											x														Coosalud	O CL 6208	3147406859	x		Yina Agudelo	x	
13	TI	1093186317	Juan David lopez	16	x												x														Nueva EPS	KR 511B29	3115399625	x		Juan David	x	
14	TI	1093186304	Caren tatiana	15		x											x														Nueva EPS	KR 48 34	3195041626	x		Caren Tatiana	x	
15	TI	1093533 893	Juliana Ruiz U	13		x											x														Nueva EPS	O KR 2746	3146384650	x		I Sabella	x	
16	TI	1087549060	Isabella serna H	17		x											x														Coosalud	O CL 4450	3128890006	x		Janer D	x	
17	TI	1093534 506	Janer Danecis S	17	x												x														Nueva EPS	CI 8226	3013906992	x		Laura S.	x	
18	TI	1055358998	laura sofia	15		x											x														Coosalud	CI 8414	3164921040	x		Laura Sofia	x	
19	TI	1040732 307	ARiSTiben	16	x												x														APCS	Jardin Botanico	3104414163	x		ARITIBEN	x	
20	TI	1093186355	Tomas serna Q	15	x												x														Nueva EPS	Carrera 5#765	3134662024	x		Tomas Serna	x	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO. ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hospital San Rafael.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención trabajo infantil y lesiones por pólvora.
FECHA: 31 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11412
ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1036604467	Laura Soliana Sanchez S.	14		X										X											X			Coosalud	Pueblo Rico Kr 3 #4-27	10-09-2008	X		Laura S.	X	
2	T.I	1089090415	Kimberly Vera Vargas.	16		X										X											X			Pijaos Salud	Pueblo Rico. Cl 2B 5-58	13-02-2006	X		Kimberly V.	X	
3	T.I	1089090416	Yeraldin Vera Vargas.	16		X										X											X			Pijaos Salud	Pueblo Rico Cl 2B 5-58	13-02-2006	X		Yeraldin V.V.	X	
4	T.I	1093186383	Luz Aide Palacios	17		X										X											X			Asmet Salud	Vereda los Pueblos	26-10-2005		X	Luz Aide	X	
5	T.I	1093186483	Santiago Corrales R	16	X											X											X			S.O.S	Pueblo Rico Kr 3 #9-46	10-11-2006	X		Santiago	X	
6	T.I	1093534146	Valentina Jimenez.	16												X											X			Pijaos Salud.	Pueblo Rico Kr 4 #10-49	15-06-2006	X		Valentina	X	
7	T.I	1093534229	Juan Manuel Nuñez Hernandez.	16												X											X			Pijaos Salud	Pueblo Rico Kr 4 #8-45	09-09-2006	X		Juan Manuel	X	
8	T.I	1093534658	Santiago Cano Ramirez.	15												X											X			Asmet Salud	Pueblo Rico Cl 10 #3-29	03-08-2007	X		Santiago	X	
9	T.I	1093186501	Andres Felipe Aguilar Avendaño	15												X											X			Coosalud	Vereda el Indio	20-02-2007		X	ANDRES.	X	
10		1088271422	Andres Felipe Plazas Quintero.	15												X											X			Asmet Salud.	Barrio Pinares	24-08-2007.	X		Andres Felipe.	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1091353 5408	Tatiana Garcia Gralales.	16		X											X										X			Amet salud.	Pueblo Rico Kr 5 11B 15	07-02-2006	X		Tatiana G.	X	
12	T.I	1093186590	Esteban Roman Tangarife.	15	X												X										X			Nueva E.P.S	Vereda Yarumal	13-11-2007		X	Esteban R.	X	
13	T.I	1093535499	Luisa Fernanda Jimenez Jimenez.	13		X											X										X			Nueva E.P.S	Barrio Mansa del muro	26-03-2009	X		Luisa F. J.	X	
14	T.I	1093296781	Eduardo Restrepo Velasquez.	13	X												X												X	S.O.S	Pueblo Rico Kr 3 #578	03-06-2009	X		Eduardo R.	X	
15	T.I	1093186713	Santiago Carmona Ramirez.	13	X												X										X			Pijaos Salud	Vereda el Indio	07-04-2009		X	Santiago R.	X	
16	T.I	1093535253	Sebastian Lopez Aguilar	14	X												X										X			Nueva EPS	Vereda el Indio	20-09-2008		X	Sebastian	X	
17	T.I	1093535500	Diana Marcela Uribe	13		X											X										X			Nueva E.P.S	Vereda la Soledad	18-03-2009		X	Diana Marcela	X	
18	T.I	1092936605	Sara Stefania Hernandez Giraldo	13													X										X			Amet Salud	Vereda el recreo	01-06-2009		X	Sara H. G.	X	
19	T.I	1097395891	Carlos Mario Jaramillo.	14													X											X		SURA	Pueblo Rico. Kr 5A 11 E 15	24-10-2008	X		Carlos M.	X	
20	T.I	1027447169	Yeini Andda V.	13													X										X			Pijaos Salud	Pueblo Rico Cl 2 B 5-58	20-01-2009	X		Yeini A.V.	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: [ ]
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: [ ]
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: [ ]

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD. ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevencion trabajo infantil y lesiones por quemaduras por Polvora.
FECHA: 31 - octubre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 11412

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haibleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	No. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	T.I	112508 1969	Kevin Sanchez Ruiz	13	X												X										X				Pijaos Salud.	Pueblo Rico. cll A 5B 25	29-10-2009	X		Kevin S.	X	
2	T.I	109517 9357	Samuel Vasquez Baena.	14	X												X										X				Asmet Salud.	Pueblo Rico Kr 5 11B 15	15-08-2008	X		Samuel V.	X	
3	T.I	109353 4986	Heidi velez Muñoz.	14		X											X										X				Pijaos Salud	Pueblo Rico cl 9 #2-64	04-04-2008	X		Heidy V. B.	X	
4	T.I	109291 2215	Laura Valentina Gonzales. Pardo	13		X											X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico cl 8-2-16	02-12-2008	X		Laura G.R.	X	
5	T.I	1088218 9145	Melany Cano Hoyos.	13		X											X										X				Asmet Salud	Pueblo Rico cl 9 #3-36	06-05-2009	X		Melany cano	X	
6	T.I	1105899 6694	Edwin Campos T.	14	X												X										X				Pijaos Salud.	Pueblo Rico Kr 5 #6-11	03-06-2008	X		EDWIN C.T.	X	
7	T.I	1089606622	Franklin Velez Uribe	13	X												X										X				Coosalud	Vereda el Rerao	07-06-2009		X	franklin.	X	
8	T.I	109353 5595	Jhany Herrera G.	13	X												X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico Mz 7 Cs 02	06-03-2009	X		Jhany H.	X	
9	T.I	1142516976	Stefanny Gonzales Cortes	13		X											X										X				Nueva E.P.S	Vereda Cutucuto	24-03-2009		X	Stefanny	X	
10	T.I	1088292257	Juan David Cuentas Betancur	13	X												X												X		Nueva E.P.S	Pueblo Rico. Mz 3 Cs 213	07-03-2009	X		Juan David	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			CAPS	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFRO COLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	EPINA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11		106137 0740	Karen Garcia A.	13		X										X											1			Asmet Salud.	vereda el indio	21-11-2009		X	Karen G.	X	
12		108819 3210	Santiago Osorio H.	13	X											X											X			Coosalud	Pueblo Rico Finca el Recuerdo	29-08-2009		X	Santiago.	X	
13		108755 5234	Matias Mejia Toro	12	X											X													X	Comitel	Pueblo Rico	11-10-2010	X		Matias M	X	
14		109353 6062	Harol David Osorio Marin	12	X											X														Nueva E.P.S	Vereda el Recreo	09-03-2010		X	Harol David	X	
15		109313 6766	Tatiana Acevedo Marquez.	13		X										X														Coosalud	Pueblo Rico Cl 3 B 5 11	22-09-2009	X		Tatiana Acevedo	X	
16		111607 5054	Juan Jose Toro Quintero	12	X											X														Asmet Salud.	Pueblo Rico Cl 10 # 3-49	23-04-2010	X		Juan Jose	X	
17		112724 4193	Michelle A. Gonzalez Lucero	12		X										X														Sanitas	Pueblo Rico Kr 4 #6-53	08-12-2009	X		MICHELLE	X	
18		115093 9937	Juan Diego Vargas Castañeda	12												X														Nueva E.P.S	Pueblo Rico. Vereda Samaria	20-05-2010	X		Diego Vargas	X	
19		109772 5022	Karol Nicol Guillombo Roman	12												X														Coosalud	B. Manga del Muter. Cl 2 # 4-08	02-02-2010	X		Karol Nicol	X	
20		109318 6838	Juan Manuel Valencia P.	13												X														Nueva E.P.S	Pueblo Rico. Cl 3 #5-34	04-09-2009	X		Juan Manuel	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 11

Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar, con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia, dirigidos a población general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: Psicólogo y auxiliar de enfermería. 30 minutos por actividad

RECURSO HUMANO	Psicologo(a) + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	30 personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Registro Fotografico RIPS con el CUPS I 10103

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA: 18 octubre y 05 de noviembre	**No:** 11.01	**HORA INICIO:**	**HORA FINALIZACI0ON:**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Sensibilizar a las personas sobre violencia familiar.	
Tema: Realizar jornada de sensibilización en violencia familiar		**No Páginas:** 4	
Responsable: Psicólogo		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Municipio Pueblo Rico		**Zona:** Mestizo	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

La actividad de sensibilización se realizó en la zona urbana del municipio de Pueblo Rico, en los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, Centro y Progreso a **30 personas**

Dicha actividad se realizó en cada barrio caracterizado, donde se realizaba una previa presentación de la persona encargada de realizar la jornada (psicóloga) y de los temas a tratar. Posteriormente se pregunta a las personas sobre el tema de violencia familiar ¿qué conocen por violencia familiar? ¿Han sido victimas de violencia familiar? ¿conocen a alguien que haya sido victima de violencia familiar? A dichas respuestas la mayoría fueron contestadas por un NO. Después de indagar sobre el tema y conocer sus respuestas, se explica el término. Violencia familiar: La violencia familiar puede adoptar muchas formas, pero involucra el uso de la intimidación y amenazas o conductas violentas para

OBERVACIONES

Se debe concientizar más a la población sobre el tema de violencia familiar y otros tipos de violencia, ya que, a la hora de realizar la actividad, pocas personas conocían las líneas de ayuda y las formas de violencia.

ejercer poder y control sobre otra persona. En general, la persona abusiva es de sexo masculino y las mujeres a menudo son las víctimas; sin embargo, la violencia familiar también se produce contra los hombres. El maltrato infantil, de personas mayores y de hermanos también se considera violencia familiar. De acuerdo con la Coalición Nacional contra la Violencia Familiar (National Coalition Against Domestic Violence), el maltrato a menudo comienza con conductas verbales, como insultos, amenazas o golpes o lanzamiento de objetos. Puede empeorar con empujones, bofetadas y retención en contra de la voluntad de la víctima. El maltrato posterior puede incluir trompadas, golpes y puntapiés, y puede empeorar con conductas que pongan en peligro la vida, como estrangulamiento, fractura de huesos o uso de armas. Formas de violencia familiar y maltrato físico: • **Física.** Se refiere a palizas o golpes que causan lesiones físicas que pueden incluir moretones, fractura de huesos, sangrado interno e incluso la muerte. A menudo, el maltrato comienza con contactos leves y con el tiempo empeora para convertirse en acciones más violentas. • **Sexual.** Suele acompañar o seguir el maltrato físico, y tiene como consecuencia una violación u otra actividad sexual forzada. • **Psicológica o emocional.** Una persona que maltrata a menudo lo hace mentalmente o emocionalmente con palabras, amenazas, hostigamiento, posesión extrema, aislamiento forzado y destrucción de pertenencias. El aislamiento a menudo se produce	

cuando la persona que maltrata intenta controlar el tiempo, las actividades y el contacto con otras personas de la víctima. Las personas que maltratan pueden lograr esto al interferir con las relaciones de apoyo de la víctima, crear barreras para las actividades normales, como sustraer las llaves del coche o encerrar a la víctima en la casa, y mentir y distorsionar la realidad para obtener el control psicológico. • **Acoso.** Conducta de hostigamiento o amenaza repetida que a menudo deriva en maltrato físico o sexual. • **Económica.** Esto se da cuando la persona que maltrata controla el acceso a todos los recursos de la víctima, como el tiempo, el transporte, el alimento, la vestimenta, el refugio, el seguro y el dinero. Por ejemplo, puede interferir con la capacidad de la víctima de autoabastecerse e insistir en controlar todas las finanzas de la víctima. Cuando la víctima abandona la relación violenta, el perpetrador puede recurrir al aspecto económico como una manera de mantener el control u obligar a la víctima a regresar. Posterior a la explicación se explica y se dan a conocer las líneas de ayuda que se tienen en el municipio y la ruta de atención para casos de violencias. Esta actividad sirvió también para responder preguntas sobre otros tipos de violencia como, psicológico, económico, sexual, y de género. para dar a conocer las formas de denuncia cuando se llegue a presentar un caso de violencia familiar o de cualquier tipo.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Posteriormente se le entregó una copia a cada persona donde se podía evidenciar las entidades a donde pueden acudir si son victimas o conocen un caso de violencia familiar al igual que las líneas de atención de cada entidad. Y para finalizar, se diligenció el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	
COMPROMISOS:	
Hasbleidy Mena Hasbleidy Mena Perea Psicóloga RUBIAN QUERAGAMA AUXILIAR DE ENFERMERIA	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 18/10/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar jornada de sensibilización en violencia familiar			
Responsable: Psicólogo			
Lugar: Pueblo Rico Risaralda			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 18/10/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar jornada de sensibilización en violencia familiar			
Responsable: Psicólogo			
Lugar: Pueblo Rico Risaralda			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael. 115
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sensibilización en Violencia Familiar
FECHA: 18 - octubre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código 10103

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Maybleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

Nº	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGBTIQ+	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1		25000 839	Nancy Elena Acevedo	46		X											X												X	S.O.S	Cra 3 #9-23 Pueblo R. 15-01-1976	3137131165	X		Nancy Elena Acevedo	X	
2		25001 635	Sandra Milena Valencia	38		X											X												X	Nueva E.P.S	Cra 4 #8-12 Pueblo 09-07-1984	3143713808	X		Sandra valencia		
3		29199 679	Maria Miriam Rios de Velasquez	73		X											X											X		Coosalud	Mz 3 Casa 115 Progreso 26-04-1949	3145021199	X		Miriam Rios		
4		1093539 584	Lina Marcela Sanchez Córdoba	25		X											X											X		Nueva E.P.S	Mz 3 Casa 215 Progreso 03-05-1997	3127278089	X		Lina	X	
5		10049 93730	Leydi Yohana Parra Diaz	22		X											X												X	Pijao Salud	Cra 5 #7-30 21-01-2000	3148740724	X		Leydi Parra.	X	
6		25000 974	Alba Nelly Ruiz C.	45		X											X											X		Nueva E.P.S	Calle 5 #11-47 08-03-1977	3217085101	X		Nelly Ruiz	X	
7		1093538 420	Yeimi Yovani Aguilar	26		X											X												X	S.O.S	Calle 7 #4-72 11-02-1996.	3197634473	X		YEIMI AGUILAR	X	
8		10033181	German Eliecer Serna Mendoza	42	X												X												X	S.O.S	04-Sep-1980 Pueblo Rico.	3234853529	X		German E. Serna	X	
9		80237 687	Julio Caiduso	42	X												X												X	Nueva E.P.S	28-05-1980 Pueblo Rico	3183194889	X			X	
10		25000 941	Nancy G. J.	45		X											X											X		Pijao Salud	Dras #7-03 06-12-1977	3117913285	X		Nancy G. J.	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11		24999 952	Fanny Juramillo	56		X										X											X			Pijao Salud	Cra 5 #7-03 28-09-1966	3234159981	X		Fanny Juramillo	X	
12		1004993909	Yulisa Gonzalez O.	20		X										X											X			Asmet Salud	Barrio El Progreso 12-04-2002	3174666234	X		Yulisa G.O.	X	
13		24999 722	Lilia Sepulveda Mosquera	61		X										X											X			Nueva EPS	Calle 9 #3-56 27-09-1961	3113085492	X		Lilia Sepulveda	X	
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:	FORMATO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )	ASISTENCIA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )	REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )	CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FECHA: 03/11/2022	**ALCANCE:** Mestizo	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar jornada de sensibilización en violencia familiar			
Responsable: Psicólogo			
Lugar: Pueblo Rico Risaralda			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sensibilización en violencia familiar. #11
FECHA: 05 - Noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico Código: 10103

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haibledy Mora

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	24999 654	Fanny Arango Gonzales	63		X											X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico 10-01-1959	3107742116	X			X	
2	CC	112320 6574	Diana Marcela Zapata Arango	20		X											X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico 13-02-2002	3178404218	X		Marcela Zapata	X	
3	CC	42077 179	Maria Fabiola Rivera Navarro	65		X											X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico 15-08-1957	3192904687	X		M. Fabiola R.N		
4	CC	25000 350	Maria Cardona Gonzales	57		X											X										X				Asmet Salud	Cll 5 #4-60 30-11-1964	3105292472	X		Maria Cardona		
5	CC	1088106 171	Erica Serna.	33		X											X												X		Suva	Pueblo Rico 16-06-1989	3127266688	X		Erica Serna		
6	CC	18602 319	Luis Alberto Gomez	51	X												X										X				Nueva E.P.S	Pueblo Rico 11-10-1971	3128137575	X		Luis	X	
7	CC	1088538 298	Hugo Cardona Uribe	27	X												X										X				Asmet Salud	Pueblo Rico 21-02-1995	3145492509	X		Hugo C Uribe	X	
8	CC	1087998 945	Shasmit Andrea Velez Moncada.	34		X											X												X		Asmet Salud	14-09-1987	3182907516	X		Shasmit A Velez	X	
9	CC	25007 119	Claudia Milena Navarro Agudelo.	43		X											X												X		Nueva E.P.S	Cra #5-600 06-09-1979	3127658801	X		Claudia	X	
10	CC	40355 623	Maria Carlota Agudelo Arias	62		X											X										X				Nueva E.P.S	Cra # 6-59 02-10-1960	3135517426	X			X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CONDICIÓN DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	5048 475	Melkin Gonzales Gutierrez	32	X												X										X			Coosalud	Cll 6 # 4 - 52 01 - 04 - 1985	3138609072	X		Melkin Gonzalez	X	
12	CC	42059 862	Martha Yaneth Uribe Mejia	60		X											X											X		Cosmitet	Cll 6 # 4 - 49 07 - 04 - 1962	3127105245	X			X	
13	CC	24999 725	Gabriela Osorio	55		X											X										X			Nueva EPS	29 - 05 - 1968	3117829264	X			X	
14	CC	25162 932	Maria Elcy Rodriguez Martinez	59		X											X										X			Nueva EPS	23 - 01 - 1963	3126717796	X		maria elcy	X	
15	CC	1093186309	Juan Esteban Velez Becerra	17	X												X										X			Asmet Salud	Pueblo Rico 15 - 05 - 2005	3208634694	X		Juan Esteban	X	
16	CC	4527 400	Luis Carlos Castaño Valencia.	64	X												X										X			Pijao Salud	16 - 03 - 1958	3155398513	X		Carlos Castaño	X	
17	CC	10049 941210	Luz Mary Gonzalez Moncada	29		X											X										X			Coosalud	Cll 6 # 4 - 42 19 - 04 - 1993	3209949857	X		Luz Mary	X	
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 12

Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, dichas intervenciones deben desarrollarse vía telefónica y/o encuentros presenciales con grupos de 2 a 3 personas, Producto: 30 fichas técnicas de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: {Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería + Coordinador}. Cantidad 30 personas sensibilizadas.

RECURSO HUMANO	Enfermera(a) + Auxiliar Enfermería + Coordinador
CANTIDAD:	30 personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Registro Fotografico RIPS con el CUPS I 11403

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA De 08 y 10 de noviembre 2022	**No: 12-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON: 05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		" Sensibilización a personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos	
Tema: Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento		**No Páginas: 4**	
Responsable: Enfermera, auxiliar de enfermería y Coordinadora		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		PUEBLO RICO	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**	
	2	**Desarrollo del tema**	
	3	**Conclusiones y Compromisos**	
DESARROLLO Para dar continuidad al desarrollo de esta actividad con la comunidad mestiza con el fin de hacer una explicación acertiva sobre la higiene, preparación y conservación de los alimentos, se realiza un desplazamiento a la población urbana de Pueblo Rico y se les realiza sensibilización a **21 personas**. Y se termina la actividad que era por un toal de 30 personas			**OBERVACIONES**

Para el desarrollo de esta actividad se tiene encuenta el siguiente contenido:

TALLER MANIPULACION DE ALIMENTOS

La mayoría de las intoxicaciones alimentarias provienen de la ausencia de normas de higiene en los lugares donde se preparan los alimentos, así como también del inadecuado aseo de las personas que manipulan los alimentos. Por eso, preservar el cuidado de estos, es una responsabilidad detodas las personas que en algún momento llegan a manipularlos.
Estas son algunas recomendaciones que deben tenerse en cuenta, al manipular y preparar alimentos en nuestros hogares:

Higiene personal:

1. Lavar correctamente las manos hasta la parte del antebrazo y codos. Debe hacerse antes y después de manipular alimentos, y luego de realizar acciones como haber hecho uso del sanitario, rascarse, tocar mascotas, coger objetos, etc. Se debe utilizar jabón líquido y toallas de papel para el secado de las manos.
2. Llevar las uñas cortas y sin esmalte.
3. No portar accesorios como anillos, pulseras, relojes, etc. Ya que estos pueden portar suciedad.
4. Utilizar el cabello recogido, además de ropa limpia y adecuada para ingresar a la cocina como delantales.
5. Si hay heridas en las manos, es conveniente sanarlas y cubrirlas bien, con vendajes impermeables.
6. No probar la comida con los dedos, no fumar, ni comer mientras se preparan los alimentos. No estornudar sobre los alimentos.
7. Si se está enfermo, es mejor no cocinar para otros.

Higiene en la cocina: 8. Mantener en constante limpieza el lugar donde se preparan los alimentos como superficies de mármol, mesas, etc. 9. Limpiar utensilios de cocina como tablas de cortar, cuchillos, cucharas, etc., luego de cada uso. 10. Lavar con frecuencia los paños para la cocina y cambiarlos constantemente, cuando sea necesario. 11. Limpiar la cocina diariamente, y evitar que las mascotas entren en ella. 12. Programar una adecuada fumigación contra plagas. 13. Los tarros para las basuras deben estar lejos de las áreas donde se manipulan los alimentos, además deben lavarse con frecuencia. **Lavado y cuidado de los alimentos:** 14. Lavar frutas y verduras antes de ser consumidas o de ser cocinadas, con abundante agua y frotarlas con un cepillo para limpiar su piel. Secarlas con toallas de papel Cortar las carnes en tablas diferentes donde se cortan frutas y verduras. 15. No dejar la carne cruda al ambiente por mucho tiempo, ya que atrae animales como moscas, insectos, etc., produciendo contaminación. 16. No descongelar los alimentos al medio ambiente, puesto que esto permite el desarrollo de bacterias. Deben descongelarse en la nevera, en el refrigerador. 17. Evitar la contaminación cruzada. 18. Después de haber manipulado alimentos crudos, es necesario lavar utensilios y manos, para evitar la contaminación.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

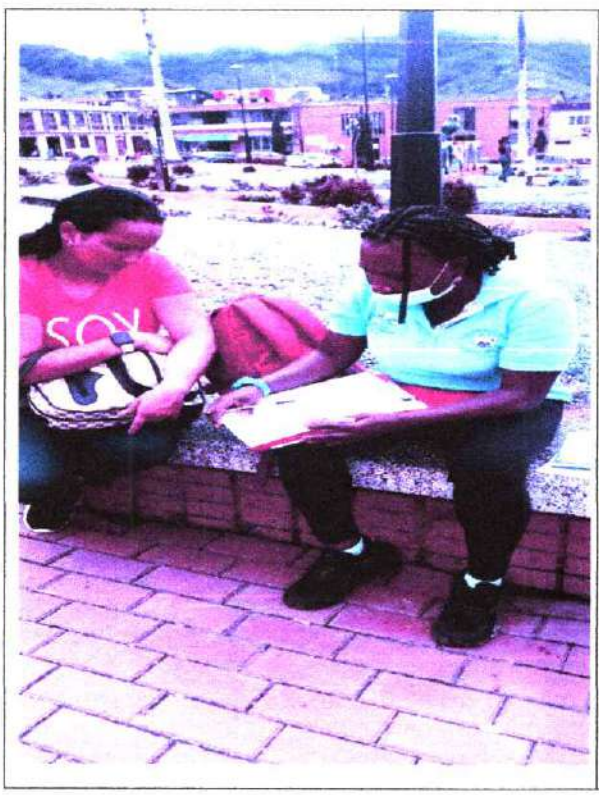
Las conclusiones en estas comunidades fue la acogida y el tiempo que las comunidad mestiza nos permitieron realizar las actividades, fue muy amplio y compromisos con la comunidad donde se desarrolla los talleres fue seguir promocionando las buenas prácticas en cuanto a manipulación de alimentos. _____ HILDA NORA CATAÑO ENFERMERA _____ NATALLY GONZALEZ AUXILIAR DE ENFERMERIA Isabel Cristina Lucero ISABELCRISTINA LUCERO COORDINADORA PIC DPTAL 2022	

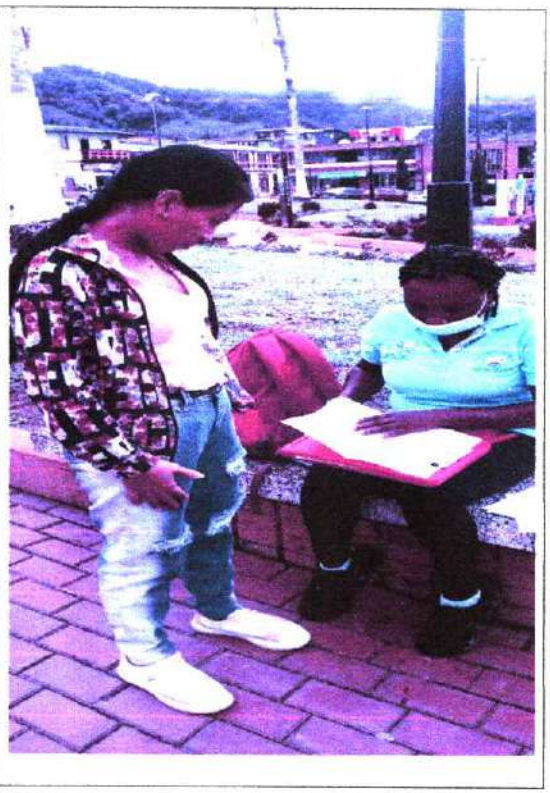
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: De 08 y 10 de noviembre 2022	**ALCANCE: MESTIZO**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Sensibilización a personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos			
Responsable: : Enfermera, auxiliar de enfermería y Coordinadora			
Lugar: PUEBLO RICO			





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael #12
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREPARACION DE ALIMENTOS
FECHA: 8-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COOP 11403

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 A.M
HORA FINALIZACION: 5:00 P.M
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaimer Guatiqui

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REMITIDOS	INMIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	18603239	Edilmer Gomez	44	X												X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	09/10/1978	X			X	
2	TI	1093356036	Elizabeth Giraldo	17		X											X										X				Asmet salud	Sta Cecilia	01/09/2005	X		Elizabeth	X	
3	CC	1088034364	Garibel Zamora	24		X											X										X				Nueva EPS	Satan Cecilia	21/06/1998	X		garibel zamora	X	
4	CC	18623145	Diofanor Giraldo	51	X												X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	08/11/1971	X		Diofanor	X	
5	CC	1093539601	Alega Serna	24		X											X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	16/06/1998	X		Alega	X	
6	CC	18611619	José Jaramillo	58	X												X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	20/07/1964	X		José	X	
7	CC	1088094762	Carlos Montes	61	X												X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	14/11/1961	X		Carlos montes	X	
8	CC	18622431	Dutban Velasquez	52	X												X										X				Nuevas EPS	Sta Cecilia	4/01/1972 3114294481	X		Dutban	X	
9	CC	75000603	Luz Amparo G	50		X											X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	01/09/1972	X		Luz Amparo	X	
10	CC	35548908 08	Maria Emilse P.	48		X											X										X				Nueva EPS	Sta Cecilia	10/02/1974	X		Mª Emilse Pares	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)																PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS							U	R		SI	NO
11	CC	88306148	Alejandro Fernando	30	X												X											X			Sura	Sta Cecilia	29/12/1992	X			X	
12	CC	6438128	Jorge Julian C.G		X												X														Neimas	Sta Cecilia	10/06/1962	X		Jorge julian		
13	CC	5537276	Pablo Antonio Vega		X												X														Coosalud	Sta Cecilia	28/04/1938	X		Pablo Vega	X	
14	CC	4350206	Willian Penagos		X												X														Asmet salud	Sta Cecilia	14/08/1947	X		Wilian penagos		X
15	CC	90891279	Jairo Antonio G		X												X														Nueva EPS	Sta Cecilia	17/01/1962	X		Z.A G	X	
16	CC	1007664313	Luis Alfredo Caicedo		X												X														Coopachoco	Sta Cecilia	05/01/1993	X		Luis Alfredo	X	
17	CC																																							
18																																								
19																																								
20																																								

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael +12
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: PREPARACION DE ALIMENTOS
FECHA: 10-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD 11403
ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7.00 A.M
HORA FINALIZACIÓN: 5.00 P.M
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaimer Guatiqu.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1	CC	1093540325	Kebin Castaño T.	23	X												X										X				Asmet Salud	Sta Cecilia	12/08/1999	X		Kevin C	X	
2	CC	1093537872	Luis Alfredo Montilla	27	X												X										X				Nuevo EPS	Sta Cecilia	19/05/1995	X		ALFREDO M	X	
3	CC	4527410	Aurelio Tasgon	67	X												X										X				Asmet Salud	Sta Cecilia	15/06/1955	X		Aurelios	X	
4	CC	1093538230	Robinson Velencia	22	X												X										X				Asmet Salud	Sta Cecilia	06/10/1995	X		Robinson	X	
5	CC	98332305	Gerardo Andrae	60	X												X										X				Coosalud	Sta Cecilia	05/06/1962	X		Gerardo Andrae		
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 13

Realizar 70 actividades educativas sobre lactancia materna, con énfasis en las Ventajas, de la lactancia materna y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes y puérperas, (varias sesiones por persona para mejorar adherencia), por medio de actividades individuales.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería
CANTIDAD:	70 actividades
DURACION	30 minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 10605

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 1 al 25 de noviembre 2022	**No: 13-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Promover las ventajas sobre la lactancia. a madres gestates y puérperas	
Tema: Realizar 60 actividades educativas sobre lactancia materna, con énfasis en las Ventajas, de la lactancia materna y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes y puérperas		**No Páginas: 4**	
Responsable: Enfermero(a)		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		Pueblo Rico	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

DESARROLLO Para el desarrollo de esta actividad con las gestantes y puérperas se les dan información cuando están en sala de espera en las instalaciones del Hospital San Rafael y en la zona urbana de Pueblo Rico Se lleva acabo con la información dada por la Jefe a las auxiliares una vez la información es socializada se	**OBERVACIONES**

inicia la actividad educativa con la siguiente información: Se desplaza la patrulla PIC hacia la comunidad Mestiza en Pueblo Rico donde se les brindó información **a 70** madres gestantes y lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida de un bebe, en la cual surgieron preguntas que fueron resueltas; Desde el 01 hasta el 25 de noviembre 2022 INFORMACIÓN QUE SE VA A EXPONER EN LAS CAPACITACIONES **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA** La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Datos científicos han revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.	

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva recomiendan:

1. Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
2. Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
19. Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
20. Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una

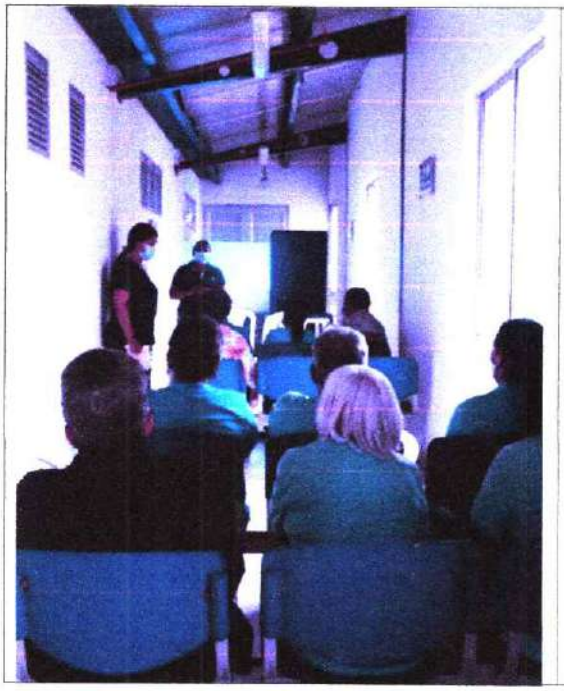
recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas. La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia maternal 1. Al final de la capacitación se dan recomendaciones y las maternas se comprometen a llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva. Y es así como se desarrolló esta actividad con 70 personas durante este periodo. _____ HILDA NORA CATAÑO ENFERMERA JEFE Natally G. _____ NATALLY GONZALEZ AUXILIAR DE ENFERMERIA	

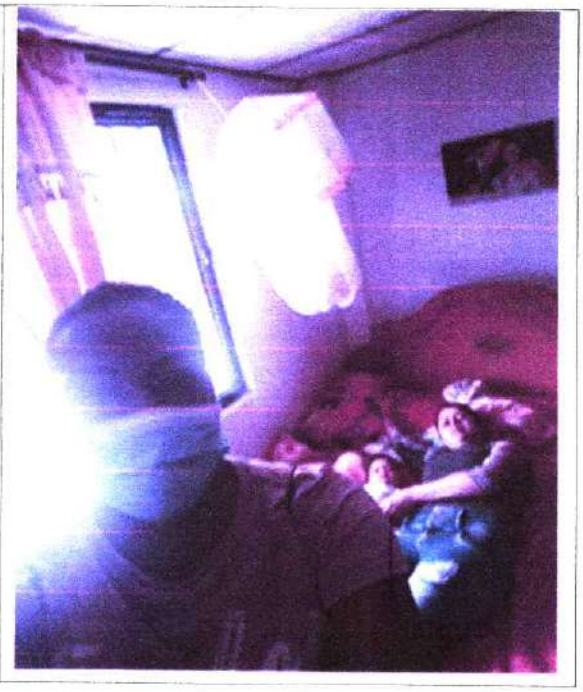
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 1 al 25 de noviembre 2022	**ALCANCE: Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, educación que se les da a las gestantes y puérperas**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: actividades educativas sobre lactancia materna, con énfasis en las Ventajas, de la lactancia materna y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes y puérperas			
Responsable : Enfermero(a) Auxiliar de enfermeria			
Lugar: ZONA URBANA DE PUEBLO RICO			





Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION SOBRE CACTANOL
FECHA: 01-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CONT

#13
I10605

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7.00 A.M
HORA FINALIZACION: 5.00 P.M
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaime Goatiqui

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
✓	1	CC	25000087	María Consuelo Granada	57		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	09/01/1965	X		M. Consuelo G	X	
+	2	CC	1088824706	Marinquileth Quincena	34		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	28/10/1988	X		Yuleth	X	
✓	3	CC	24999709	Rosalibia Tasgon	66		X										X										X			Asmet salud	PUEBLO RICO	27/06/1962	X		Rosalibita	X	
✓	4	CC	25000968	Aleyda Tasgon	47		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	24/10/1975	X		Aleyda	X	
✓	5	CC	25004625	Rosalba Montes Q	67		X										X										X			Asmet salud	PUEBLO RICO	29/07/1955	X		Rosalba	X	
✓	6	CC	1087052	Wubia Velez Cerna	49		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	25/06/1973 3155862514	X		Wubia Velez	X	
✓	7	CC	25001617	Sandra Milena Q.	40		X										X										X			Pisao salud	PUEBLO RICO	28/11/1982 3155256498	X		Sandra Q	X	
+	8	CC	1061368277	Juanita Zapata P.	22		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	22/02/2000	X		Juanita Z	X	
✓	9	CC	25001563	Obdilia Giraldo	39		X										X										X			Nueva EPS	PUEBLO RICO	22/02/1983	X		Obdilia G	X	
✓	10	CC	1093539963	Flor María Betancur	23		X										X										X			Asmet salud	PUEBLO RICO	16/01/1999	X		Flor B	X	

Nº	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA							ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	25000931	Doralba Giraldo			x											x									x			Asmet salud	PUEBLO RICO	2/10/1974	x		Doralba G	x	
12	CC	1005020439	Luisa Dayana L.G			x											x									x			Nueva EPS	PUEBLO RICO	21/07/2000	x		Luisa	x	
13	CC	1004993696	Diana lorena G.G.			x											x									x			Nueva EPS	PUEBLO RICO	08/04/1991	x		Diana G	x	
14	CC	1220253025	LuzMarina Quintero			x											x	4202532525								x			Nueva EPS	PUEBLO RICO	11/08/1963	x		LuzMarina	x	
15	CC	25001626	Gloria Rocio usman			x											x									x			Asmet salud	PUEBLO RICO	29/04/1974	x		Gloria Rocio	x	
16	CC	25126127	Carmenjulia C.B			x											x									x			Nueva EPS	PUEBLO RICO	16/06/1954	x		Carmenjulia	x	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1/34

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael #13
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION SOBRE LACTANCIA
FECHA: 02-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CONT 10606

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 A.M.
HORA FINALIZACION: 5:00
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaime Gutierrez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	34051276	ortabio cardena	67		X																						X			cosmite	sta cecilia	20/11/1955		X	Octavia C		
2	CC	44002505	Angélica Mosquera O	38		X					X																		X		cosmitet	sta cecilia	26/06/1984 3118286807		X	Anglica M.O		X
3	CC	42162202	Gladys Flora I.	38		X					X																		X		cosmitet	Sta Cecilia	3207650726 16/04/85		X	[illegible]		
4	CC	25001027	Adriana maria P.	45		X					X																		X		cosmite	sta cecilia	10/10/1977		X	Adriana Palomeque		
5	CC	1088.209.239	Gady Tatiana Jaramillo Mosquera	30		X					X																		X		sanitas	sta Cecilia	30/05/92 3207177589		X	[illegible]	X	
6	CC	25001707	Marcanti Urtados	38		X										X													X		cosmite	sta cecilia	23/10/1985		X	Margarita Mª M		
7	TI	1028782783	Wendy paola	14		X					X																	X			psmet salud	sta cecilia	23/11/2005		X	Wendy Paola		
8	TI	1135184754	lady lorena pereira	17		X					X																	X			nuevo EPS	sta cecilia	05/01/2005		X	[illegible]		
9	TI	1135184753	luz carina gascato	14		X					X																	X			nuevo EPS	sta cecilia	13/07/2005		X	[illegible]		
10	TI	1115074924	karol es [illegible]	14		X					X																	X			psmet salud	sta cecilia	07/10/2005		X	karol C		

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
11	TI	1135184743	Jera Alejandr [illegible]	17		X					X																	X			Nuevo EPS	Stan Cecilia	19/11/2005		X	Yana Pino	X	
12	TI	109353575	Shainiry Machado	14		X					X																	X			Nuevo EPS	Sta Cecilia	13/12/2008		X	Shainiry M.	X	
13	TI	1093575[illegible]	Andry	15		X					X																	X			Nuevo EPS	Sta Cecilia	3/9/2007		X	Andry	X	
14	TI	1093534[illegible]	Daniela Pino	16		X					X																	X			Nueva EPS	Sta Cecilia	05/06/2006 3113142[illegible]	X		~~Daniela~~	X	
15	CC	1135184212	Maria Elaina Matorano	31		X					X																	X			Asmet Salud	Sta Cecilia	17/02/1991	X		Maria	X	
16	CC	1093538123	Yaly Lucety Murillo	27		X					X																	X			Asmet Salud	Sta Cecilia	3153434466 23-08-1995	X		Yaly M P.	X	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION SOBRE LACTANCIA
FECHA: 03-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD + 10605

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 1-00 AM
HORA FINALIZACION: 5-00 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaime Gentiego

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	1093535315	Maira Milva Murillo Perea	32		X					X																		X		Asmet salud contributivo	Vereda Aguita	3166171071 29-10-1990		X	Mª Milva NP		
2	CC	41872581	Omaira Castañeda M	38		X					X																		X		Asmet Salud	Santa Cecilia	22/01/1984 3182516866		X	Omaira C		
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

NO	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD UBUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUES DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

Versión: 01

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION EN LACTANCIA #13
FECHA: 18-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO CDP + ITOGOS

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubén Quevedo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1004685716	Jhon Giraldo Herrera	24	X												X												X		Nueva EPS	Vereda el Recreo	3172338804	X		Jhon Giraldo	X	
2	CC	14478179	Carlos Otoa Mesa	43	X					X							X											X			Dpc indígena	Vereda la Trinidad	3126426784	X		[signature]	X	
3	CC		Yurany Andrea E.	24		X					X						X												X		Nueva EPS	carrera 4 casa 23	3005891610	X		Yurany A	X	
4	CC	1004757230	Oriana Moreno	24		X					X						X												X		contrato	Pueblo rico	3104048924	X		Oriana M.	X	
5	CC	1093533931	Yeferson Cano Valencia	18		X												X										X			Asumed Salud	Vereda la Cumbre	3153513276	X		Yeferson C.V.	X	
6	CC	15922603	Victor Rios Garcia	46	X													X											X		Nueva EPS	Pueblo Rico	3127491151	X		[signature]	X	
7	CC	450027897	Juan Ramirez Bayer	62	X													X										X			Asumed Salud	Pueblo Rico	3146361893	X		Juan Ramirez	X	
8	CC	75101590	Jorge Ignacio Marin Lopez	38	X													X											X		Ponal	Cra 4 # 7-79	3226534406	X		[signature]	X	
9	CC	14253150	Carlos Guevara	44	X						X						X												X		Sura	Sta Cecilia	3187488463		X	[signature]	X	
10	CC	1082549195	Gabriel Orozco	34	X												X												X		Cosmitet	P. Rico	3127054914	X		[signature]	X	X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRASD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	Cc	1067[illegible]871	Andrés Brahuez	31	X												X													V. EPS	Pueblo Rico	312 7274294	1		Andrés Brahuez	X	
12	CC	1093534018	Diego Fernando Acuñelo	34	X												X													Nueva EPS	Pueblo Rico	3116326987	1		Diego F.	X	
13	CC	1059697701 (1059697701)	Jonatan Viejos	16	X												X													NUEVE EPS	16-01-2006 Pinares	3225548869	1		[illegible]	X	
14	CC	1001124	Victor Bermudez		X												X													comita	Pueblo Rico	3122630316	1		[illegible]	X	
15	CC	(1093533477) 1093533397	Juan Alejandro Rios		X												X													Asmet	Pueblo Rico	3205736083	1		J. Alejo	X	
16	CC	(1042136612) 1093136612	Simón Rendón Velez		X												X													Asmet	Pinares	3113396606	1		Simón. R.V	X	
17	CC	(1003539483) 1033634498	Juan David Cermeño		X												X													Asmet	Pueblo rico	3104024868	1		[illegible]	X	
18	CC	7087997 437	Alejandro		X												X													-SMET	Pueblo rico	3777457356	1		Alejandro	X	
19	CC	7097180013 1029459812	Alejandro Pinchi Nicol Ceballos		1	X											X													N-EPS	pueblo Rico	3235270[illegible]	1		Alejandro	X	
20	CC	1029695512	Nicol ceballos			X											X													NEPS	Pueblo. Rico	3233036668	1		Nicol.	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: [ ]
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: [ ]
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: [ ]
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: [ ]

FORMATO:
ASISTENCIA: [ ]
REGISTRO FOTOGRÁFICO: [ ]
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: [ ]
OTRO: [ ]

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

Versión: 01

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Vigencia: 08-2017

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael #13
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: EDUCACION, SOBRE LACTANCIA
FECHA: 25 NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD+ 10605

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7.00 A.M
HORA FINALIZACION: 5.00 P.M
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jaimer Goatiqui

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1093485672	Johana Giraldo	22		x											x										x				Nueva EPS	PUEBLO RICO	15/08/2020	X		JHoana G	x	
2	CC	1093536026	Blanca Aurora A.	30		x											x										x				Nueva EPS	PUEBLO RICO	19/02/1992	X		Blanca Aurora	x	
3	CC	25001820	Luz Elena Veroya C	38		x											x										x				Neimas	PUEBLO RICO	08/07/1984	X		Luz Elena	x	
4	CC	1033677407	Valentina Velez	19		x											x										x				Sanita	PUEBLO RICO	27/12/2003	X		Valentina V.	x	
5	CC	1033769489	Daniela Velez	28		x											x										x				Neimas	PUEBLO RICO	20/07/1994	X		Daniela V.	x	
6	CC	31164027	Aleyda Penagos	60		x											x										x				Nueva EPS	PUEBLO RICO	01/01/1962	X		Aleida Penagos	x	
7	CC	25001609	Nancy Cardon	42		x											x										x				Coosalud	PUEBLO RICO	11/07/1980	X		Nancy Cardon	x	
8	CC	1004993511	Nalia Yineth Muñoz	22		x											x										x				Nueva EPS	PUEBLO RICO	02/01/2000	X		Nalia Yineth M.P.		
9	CC	1093186023	Laura Vanesa R. M.	19		x											x										x				OSMET Salud	PUEBLO RICO	15/10/2003	X		Laura Ramirez		
10	CC	1093536769	Gilma del Carmen S	26													x										x				Nueva Salud	PUEBLO RICO	01/02/1996	X		Gilma	x	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
11	cc	1130652763	Mary Sorley Mena ch	35		x												X										x			nueva EPS	PUEBLO RICO	15/02/1987	X		Mary Sorley Mena	X	
12	cc	1007214156	Marisol Serna H.	20		x												X										x			nueva EPS	PUEBLO RICO	05/07/2002	X		Marisol	X	
13	cc	1003451562	Liliana Andrea Arango	26		x												X										x			pisco salud	PUEBLO RICO	29/08/1996 3142884194	X		Liliana Andrea Arango		
14	cc	1004993772	Maria Miriam M.R.	37		x												X										x			nueva EPS	PUEBLO RICO	03/11/1985 3197874471	X		Maria Miriam	X	
15	cc	1088281321	Jeny Milena Lloreda	32		x												X										x			coosalud	PUEBLO RICO	12/03/1990	X		Jeny Milena Ll.	X	
16	cc	1095533809	Shirly Sulieth M. A	18		x												X										x			nueva EPS	PUEBLO RICO	28/07/2004	X		Shirly Sulieth M.A	X	
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No. 23

Desarrollar 3 intervenciones de información educación y Comunicación (Infograma) en temas relacionados con la salud (prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos) dirigida a cuidadores (padres, abuelos, docentes, funcionarios de jardines infantiles). funcionarios de ICBF, entre otros, página Web y redes sociales de la ESE

RECURSO HUMANO	Medico(a) + Enfermero(a) +Auxiliar de enfermería (Promotor indígena).
CANTIDAD:	3 INFOGRAMAS
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Material educativo Registro del contacto en cada institución educativa Registro fotográfico Evidencia y /o certificad de difusión en los medios de comunicación utilizados RIPS con el CUPS I 11302

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 01 al 25 de noviembre 2022	**No: 23-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Información educación y Comunicación (Infograma) en temas relacionados con la salud (prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos)	
Tema: Prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos		**No Páginas: 2**	
Responsable: Medico(a) + Enfermero(a) +Auxiliar de enfermería (Promotor indígena).		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar:,		CAÑAVERALES, BARAKIRURA, DOKABU, SANTA RITA, SANTA MARTA	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

DESARROLLO	**OBERVACIONES**
Para el desarrollo de la actividad se inicia con la reunión del medico y la enfermera al igual que el traductor indígena, para la organización y contenido de la información sobre enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria al igual que la enfermedad diarreica aguda, después para la traducción en embera y organización de infogramas. Una vez ya obtenido el infograma se procede a hacer la visita a las diferentes comunidades información dirigida a cuidadores	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

(padres, abuelos, docentes, funcionarios de jardines infantiles). funcionarios de ICBF, entre otros, página Web y redes sociales de la ESE, en esta ocacion fuimos a las siguientes comunidades: CAÑAVERALES, BARAKIRURA, DOKABU, SANTA RITA, SANTA MARTA Se les hace entrega de los tres infogramas y se publican en lugares visibles para la comunidad. LEWIS JONATHAN NATES MEDICO HILDA NORA CATAÑO ENFERMERA JEFE NATALY GONZALEZ AUXILIAR DE ENFERMERIA RUBIAN QUERAGAMA PROMOTOR INDIGENA	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

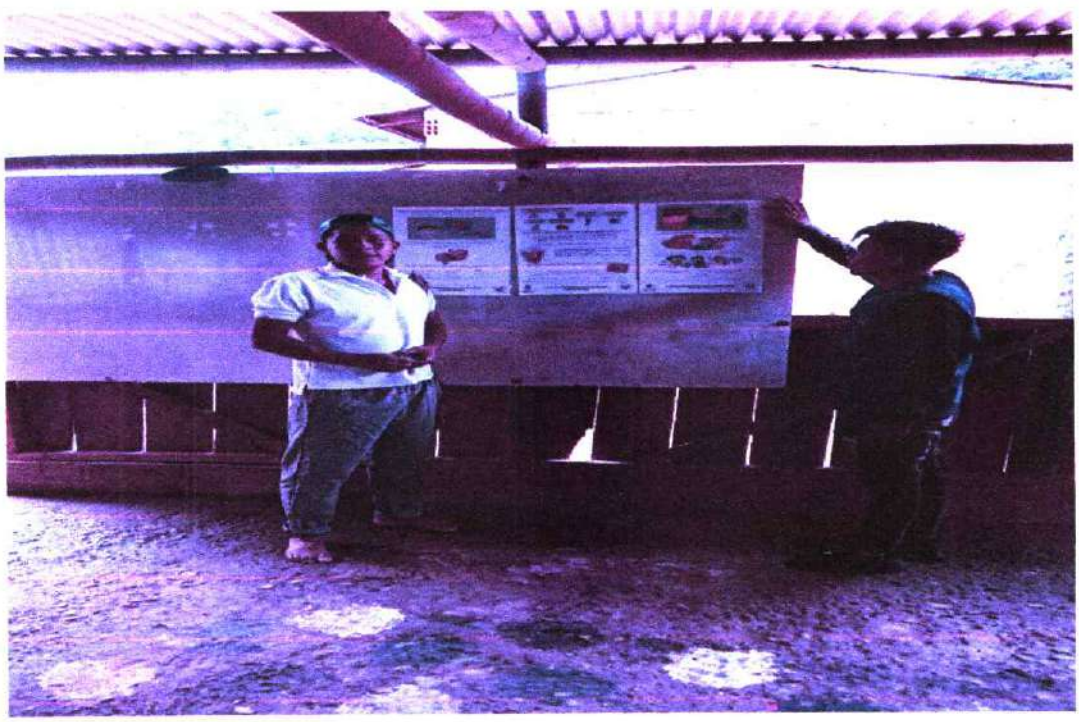
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 01 al 25 de noviembre 2022	**ALCANCE: INDIGENA**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos			
Responsable : Medico(a) + Enfermero(a) +Auxiliar de enfermería (Promotor indígena).			
Lugar: CAÑAVERALES, BARAKIRURA, DOKABU, SANTA RITA, SANTA MARTA			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 08-2018

Nombre de la ESE: Hospital San Rafael **Entorno** Indígena

Nombre de la Actividad: infograma **N°:** 01

Tipo de actividad: Entrega infograma **Fecha:** 05-11-22

Municipio Pueblo Rico **Lugar:** Santa Rico

Hora de Inicio: 7:00 am **Hora finalización:** 5:00 Pm

Facilitador/conferencista Robin Quetagama Nembaregama

Yo Bernardo Gonzale Barraza **Con cc N°** 7589056

y el cargo Gobernador **Certifico que el día** 05

del mes 11 **del año** 2022 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Robin

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Anotador

Entidad: Pic de Pantaleon

Bernardo

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Gobernador

Entidad: Santa Rita

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIóN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 08-2018

Nombre de la ESE: Hospital San Rafael Entorno Indigena

Nombre de la Actividad: Infograma N°: 02

Tipo de actividad: Entrega infograma Fecha: 01-11-22

Municipio Pueblo Rico Lugar: Santa Marta

Hora de Inicio: 7:00 am Hora finalización: 5:00 PM

Facilitador/conferencista Rubian Queragama Nembaragama

Yo Jesus omar Queragama N Con cc N° 1860262

y el cargo Gobernador Certifico que el día 01

del mes NOVIEMBRE del año 2022 se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.

Rubian

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Anotador

Entidad: Pic de Partamental

omar Jesu queragama

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Gobernador

Entidad: Santa Mar

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 08-2018

Nombre de la ESE: Hospital San Rafael **Entorno** Indigena

Nombre de la Actividad: Infograma **N°:** 03

Tipo de actividad: Entrega infograma **Fecha:** 10-11-22

Municipio Pueblo Rico **Lugar:** Bajo Barakiwa

Hora de Inicio: 8.00 A.M **Hora finalización:** 5.00 p.m

Facilitador/conferencista Jaime Guatiqui Arce

Yo Diana Arce Guatiqui **Con cc N°** 1005020912

y el cargo Auxiliar pedagogico **Certifico que el día** 9

del mes Noviembre **del año** 2022 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Anotador

Entidad: pi departamento

Diana Rosaura Arce

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Auxiliar pedagogico Union temporal

Entidad: Familia con Amor

1150

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIóN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 08-2018

Nombre de la ESE: Hospital San Rafael Entorno Indigena

Nombre de la Actividad: Infograma N°: 04

Tipo de actividad: Entrega infograma Fecha: 10-11-22

Municipio Pueblo Rico Lugar: Dokabu

Hora de Inicio: 7:00 am Hora finalización: 5:00 pm

Facilitador/conferencista Rubian Queragama Nembaregama

Yo Carlito Nembaregama Dovigama Con cc N° 1007214232

y el cargo Gobernador Certifico que el día 10

del mes NOVIEMBRE del año 22 se llevó a cabo la actividad

anteriormente Referenciada.

Rubian Queragama

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Anotador

Entidad: Dic de Partamental

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Gobernador

Entidad: Dokabu

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO CERTIFICACION DE ACTIVIDADES
Versión: 1	Vigencia: 08-2018

Nombre de la ESE: Hospital San Rafael **Entorno** Indígena

Nombre de la Actividad: Infograma **N°:** 05

Tipo de actividad: Entrega Infograma **Fecha:** 25-11-22

Municipio Pueblo Rico **Lugar:** Cañabela

Hora de Inicio: 7:00 am **Hora finalización:** 5:00 pm

Facilitador/conferencista Rubicon Pobiagama Nembaregama

Yo Hernando Pobiagama **Con cc N°** 1078176297

y el cargo Gobernador **Certifico que el día** 25

del mes NOVIEMBRE **del año** 2022 **se llevó a cabo la actividad anteriormente Referenciada.**

Rubicon

Firma quien realiza la actividad.

Cargo: Apoyado

Entidad: Dis de Participación

Hernando O.

Firma de quien certifica la actividad

Cargo: Gobernador

Entidad: Cañaverales

	FORMATO PARA COMUNICACIONES INTERNAS	Código: F-GD-08 Versión: 1 Fecha: 01-07-2020 Página 1 de 3

RDO-0000-2020

FECHA:	26/11/2022		
PARA:	Isabel Lucero	**DE:**	Daniel López Quintero
CIUDAD:	Pueblo Rico		
ASUNTO:	Publicación infografías embera		

Cordial saludo,

En la presente informo que las infografías de enfermedades de transmisión hídrica en lengua embera a sido publicada en el portal web de la entidad y en las redes sociales

Anexo pantallazos:

1. Pantallazo en publicacion de pagina web

	FORMATO PARA COMUNICACIONES INTERNAS	Código: **F-GD-08** Versión: 1 Fecha: **01-07-2020** Página 2 de 3

RDO-0000-2020

2. Pantallazo redes sociales

Hospital San Rafael

2 min

Atención infografías sobre enfermedades por transmisión hídrica en lengua Embera

Me gusta Comentar Compartir

Daniel López Quintero

Comunicador

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 24

Realizar la actualización de la caracterización (presencial o telefónica según condiciones COVID 19) del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento.

RECURSO HUMANO	Psicólogo(a) + Auxiliar Enfermería (Promotor Indígena)
CANTIDAD:	30 viviendas
DURACION	1 hora
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado El registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique RIPS con el CUPS I 11104

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA: 08 noviembre al 23 noviembre 2022	**No:** 24.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACIOON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Fortalecer los lazos afectivos entre las familias como estrategia de prevención de consumo de SPA.	
Tema: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.		**No Páginas:**	
Responsable: Psicóloga		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Comunidades indígenas		**Zona:** Rural	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

La actividad se llevó a cabo en las comunidades Santa Marta y Arenales; zona rural del municipio de Pueblo Rico, en las cuales habitan personas reportadas por un evento de interés en salud pública, para ello se realizó una búsqueda en la base de datos del SIVIGILA; (Es el Sistema de Salud Pública y tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.)
Se realiza un recorrido por las veredas para conocer e identificar las viviendas a las cuales caracterizar. Al llegar a las casas, se hace una presentación, se le pregunta a la persona sobre su conocimiento de PIC departamental, seguido se da una explicación de sus siglas (La Resolución 518 define al PIC como un plan complementario al Plan

OBERVACIONES

Se deben psicoeducar más a la comunidad sobre el tema de familias y su significado ya que no se tiene claridad frente al tema.

Debido a la barrera idiomática se debe contar en ocasiones con un acompañante el cual realice las funciones de traductor con el fin de interactuar más con la comunidad y poder brindar la educación e información necesaria

complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados. Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos o algún tipo de cuotas.). Al realizar la explicación del significado y las funciones del PIC Departamental, se explica la finalidad de la visita (realizar una actualización de la caracterización del componente psicológico) para ello se aplica el APGAR FAMILIAR (Dr. Gabriel Smilkstein). Según Suarez y Alcalá (2014): El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (p. 1) El test se realizó con el fin de medir la funcionalidad de las familias y la satisfacción de las necesidades de la misma, esta se les realizó a treinta familias de las comunidades indígenas Santa Marta y Arenales del municipio de Pueblo Rico Risaralda. El test costa de diez (10) preguntas en el cual cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a su calificación: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre y 4: siempre.	

Donde el total de las familias a las cuales se les aplicó tienen un funcionamiento normal. Posterior a ello se explica la importancia de fortalecer los lazos afectivos como una estrategia de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas), suicidio, depresión, entre otros. Realizar actividades en familia, hacer uso del tiempo libre, involucras a los niños, niñas y adolescentes en las actividades familiares para que haya siempre armonía en el hogar. Se realiza una explicación del significado de SPA y las afectaciones que causa en nuestro organismo y por qué NO debemos hacer uso y abusar de dichas sustancias. Cualquier SPA (sustancia psicoactiva) que ingerimos a nuestro cuerpo por cualquier vía de acceso, causa alteraciones en nuestro sistema nervioso que a su vez altera el funcionamiento de nuestro cerebro, procesos de pensamiento, aprendizaje y nuestro estado de ánimo. Según Medina y Rubio (2012): Muchas son las causas que pueden explicar esta problemática. Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo. La familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo. (p. 1)	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Se llevó a cabo la interacción con algunas familias, sin olvidar el objetivo de dicha actividad se hace el registro de fotografía como evidencia de la realización de la actividad y por último nos facilitan los datos para diligenciar el listado.	

COMPROMISOS:

Hasbleidy Mena

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

HILDA NORA CATAÑO
ENFERMERA

Rubian Queragama

RUBIAN QUERAGAMA
PROMOTOR INDIGENA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 23/11/2022	**ALCANCE:** Indígena	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Comunidades Santa Marta y Arenales			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del Componente Psicoafectivo
FECHA: 23 - Noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Comunidades indígenas Código: 1 1 1 0 4 — 24
ENTORNO: Indígena
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mina

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)															PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTEO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1	CC	18607 758	Calixto Queragama	57	X					X																						Pijao Salud	Santa Marta. 31-10-1967	3185509534		X		X	
2	CC	1205020 759	Eubela Murillo Queragama	31		X				X																						Pijao Salud	Santa Marta	01-01-1991		X	Eubela	X	
3	CC	18603 210	Paulino Calsales Aogeneyama	42	X				X	X																				X		Cosmitet	Arenales.	01-03-1980		X	Paulino	X	
4	CC	1093532 885	Dolores Natura Tascon	22		X				X																			X			Pijao Salud	Vereda Guayabal	06-01-2000		X	Dolores	X	
5	CC	1078639 117	Dioselina Tequia Queragama	23		X				X																			X			Nueva E.P.S	Vereda Guayabal	01-05-1998		X	Dioselina	X	
6	C.C	100721 3809	Neida Mamundia Sintua	27		X				X																						Pijao Salud.	Vereda Guayabal.	26-03-1995		X	Neida	X	
7	CC	35595447	Maria Elena. Mamundia.	56		X				X																						Pijao Salud.	Vereda Guayabal	04-08-1966		X	maria elena	X	
8	CC	1093538 152	Amparo Natura	27		X																										Pijao Salud.	Vereda Guayabal	20-06-1995		X	Rebeca Natura	X	
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)											PROGRAMA										ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CONDICIÓN DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 08/11/2022	**ALCANCE:** Indígena	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Comunidades Santa Marta y Arenales			

1162

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Version: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente Psicológico
FECHA: 08 - Noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Comunidad Santa Marta Codigo 11104

ENTORNO: Indígena
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 3:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		
APUNTE FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NI. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	C.C	1093539 990	Elias Caisales Pogenesama	25	X					X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta 13-10-1997	3197335305		X	Elías Caisales		
2	C.C	1093533 350	Maria Elena Quenagama	36		X				X																			X	Cosmitet	Santa Marta 08-12-1985	08-12-1985		X	Maria Elena		
3	C.C	1093533 014	Martha Lena Pogenesama Roverde	40		X			X	X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta	20-09-1982		X	Martha Lena		
4	C.C	1135184 205	Hoover Quenagama Nakavera	39	X				X	X																		X		Pijaos Salud	11-12-1982 Santa Marta	3196965074		X	[signature]		
5	C.C	1093186 128	Carmenza Esteves Muna	18		X				X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta	2500-2004		X	Carmenza		
6	C.C	35595 177	Felicitas Campo de Pepe	74		X				X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta	10-02-1948		X	[illegible]		
7	C.C	1135184 600	Maria Bukama Estevez	18		X				X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta	08-12-2003		X	Maria Buka		
8	C.C	1093537 870	José Eliver Quenagama Cheche	23	X					X																		X		Pijaos Salud	Santa Marta	21-10-1999		X	José Eliver		
9																														(Pijaos Salud)							
10																														(Pijaos Salud)							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

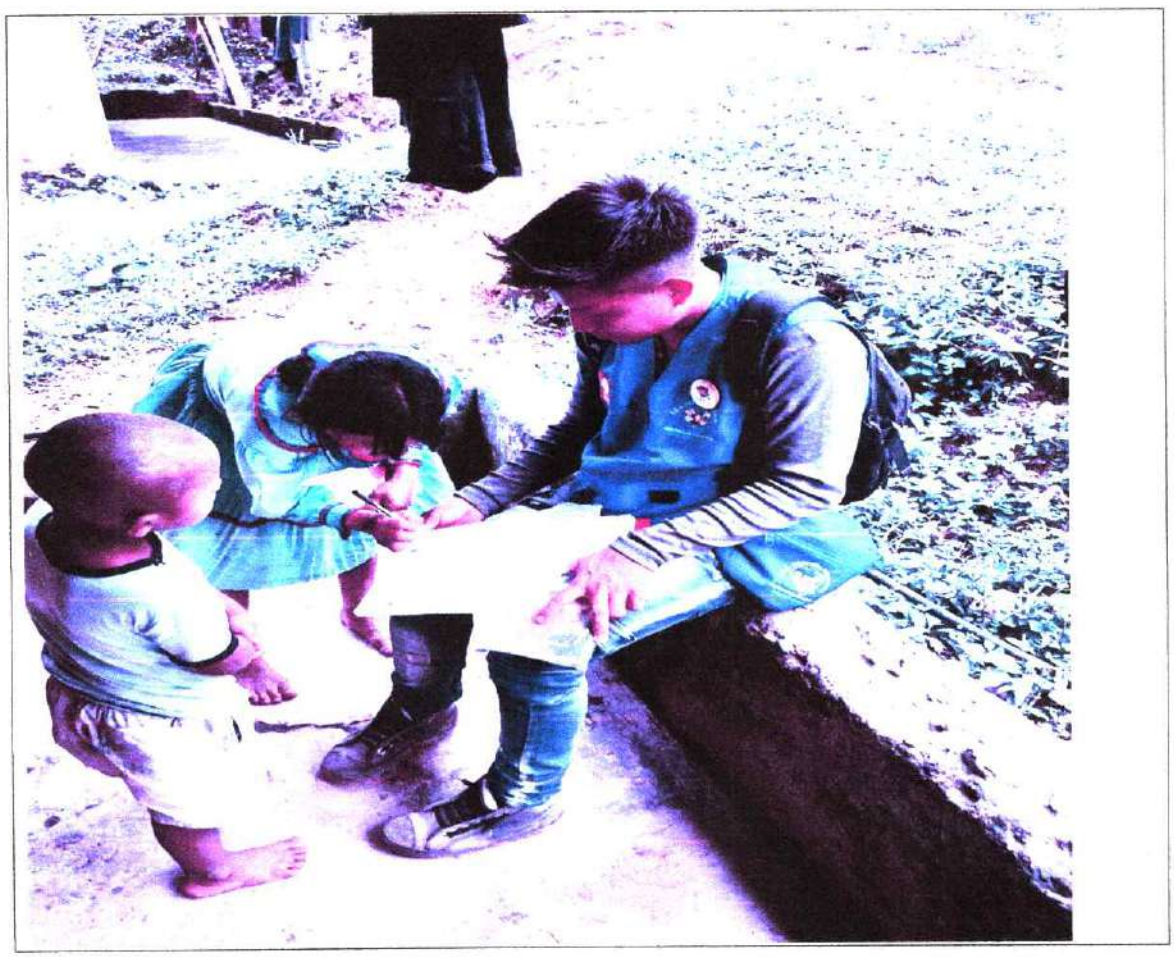
FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 19/11/2022	**ALCANCE:** Indígena	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Comunidades Santa Marta y Arenales			



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente psicológico
FECHA: 19 - noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Comunidad Santa marta Codigo: 11104
ENTORNO: Indigena
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 3:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Yasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093535758	Arnoldo Queragama Nequeta.	37	X				X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta 27-04-1984	3192778235		X		X	
2	CC	1148691438	Maria Patricia Cheche.	30		X			X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta	02-04-1992		X	Maria Patricia	X	
3	CC	18602529	Samuel Queragama Onogama	74	X				X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta	18-07-1948		X		X	
4	CC	25001380	Nodia Maria Queragama Nacavera	44		X			X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta	12-12-1978		X		X	
5	CC	1135159006.	Alexander Cardona valencia	39	X				X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta	28-03-1983 (12-12-1978)		X		X	
6	CC	25000033	Feliciana Nacavera Guasiruma.	76		X			X	X																	X			Pijao Salud.	Santa Marta	12-01-1946		X		X	
7	CC	26291957	Vitulia Queragama Manuguma.	64		X			X	X																	X			Pijao Salud	Santa Marta	02-02-1958		X		X	
8	CC	11600254	Feliciano Murillo Cheche.	73	X				X	X																	X			Pijao Salud	Santa Marta.	12-09-1949		X		X	
9																																					
10																																					

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 21/11/2022	**ALCANCE:** Indígena	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Comunidades Santa Marta y Arenales			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael. +24
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente Psicológico
FECHA: 21 - noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Comunidad Arenales Codigo: 11104

ENTORNO: Indigena
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SRSD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	C.C	1093 533001	Olavina Queragama Bogenesama	38		X			X	X																		X			Pijao Salud	Arenales 29-12-1983	304260888		X	Olavina	X	
2	C.C	1095 533006	Yolanda Bonovara Queragama	21		X			X	X																		X			Pijao Salud.	Arenales. 27-10-2001	27-10-2001		X	YOLANDA		
3	C.C	1093186 003	Yolanda palacio Wazorna	19		X			X	X																		X			Pijao Salud.	Arenales 06-Marzo-2003	3196046615		X	YOLANDA		
4	CC	1093532 788	Pompilio Bonovara Naviaviaza	21	X				X	X																		X			Pijao Salud.	Arenales.	03-12-1998		X	Pompilio		
5	T.I	1093533 702	Luz Aleyda Palacio Wazorna	17		X			X	X																		X			Pijao Salud	Comunidad Arenales.	06-03-2005		X	Luz Aleyda		
6	CC	1093186 083	Rosa palacio	23		X			X	X																		X			Pijao Salud.	Arenales 01-04-1998	3194401438		X	Rosa		
7	CC	1093533 030	Maria Yolanda Wazorna Siagama	20		X			X	X																		X			Pijao Salud.	Comunidad Arenales.	05-01-2002		X	[redacted]		
8	CC	25000 240	Maria Rufina Bogenesama Gonzalez	69		X			X	X																		X			Pijao Salud.	Comunidad Arenales	20-07-1953		X	Maria Rufina		
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NY. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	BENEFICIADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: *LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Calixto Quevagama
C.C 1860175B

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:				X	
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Felicitas Campo
C.C. 35585172.

1169

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

Hoover Quiroga Recovero
C.C. 1135184205

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

marthalena D
C.C. 1093533014

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de		X			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Mayla Elena
C.C. 1093533350

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero	X				
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Maria Rufina Dugenesama
C.C 25000240.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Dolarina Quelagama.
C.C. 1093533001

Dolarina

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

C.C. 1061353758.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Vitilia Quezada
C.C. 26291987

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Alexander Cordova.
C.C. 1135159006.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Fabiana Naranjo
C.C. 25000033

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Nadia María Olivagoma.
O.C 25001380.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X	X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Samuel Quasama
C.C. 18602529

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Patricia Quevagama
C.C. 1143691438.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Maria Yolanda Wazorna.
C.C. 1093533030

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Rosa Palacio
C.C. 1093186083

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos		X			
2. los espacios en la casa		X			
3. el dinero	X				
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Ponpilio Bonilla
C.C. 1093532708

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		X			
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Yolanda Bravuana
C.C. 1093533006.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luz Aleyda Palaco
C.C. 1093533202.
Firma: Luz Aleyda

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero	X				X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Yolanda Palacios
C.C. 1093186003
Firma: Yolanda

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas	X				
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Elias Calsales D.
C.C. 1093539990

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		X			
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas		X			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)		X			

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Bacuma Estevez.
C.C. 1135184600

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jose Eliuter Quezagana.
C.C. 1093537870.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?		X			
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas	X				
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero		X			
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Cormenza Esteve
C.C. 1093196128.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Rubiela Murillo Quevedo
C.C. 1205027759

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Paulino Cañales D.
C.C 18603210

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					V
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Dolores Natura T.
C.C. 1093532885

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Dioselina Nequita Q.
C.C. 4028639117.

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestroe problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de		X			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Feliciano Murillo
C.C. 11600254

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 27

Realizar caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a cincuenta (50) viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por la Dirección Local de Salud de Pueblo Rico, priorizando población afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas. Se realizará canalización y remisión de las personas identificadas según curso de vida a la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud y los usuarios insistentes y/o susceptibles de pertenecer a las diferentes RIAS y programas de Salud pública.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a)
CANTIDAD:	50 viviendas
DURACION	2 Horas
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Ficha actualizada Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 30002

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 07 al 22 de noviembre 2022	**No:** 27.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS	
Tema: La aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes)		**No Páginas**	
Responsable: Enfermero(a) + Coordinador PIC		**Elaborado por:** Coordinador PIC	
Lugar: SANTA CECILILA		**Zona: URBANA**	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

DESARROLLO

A partir del 01 de noviembre hasta el 25 de noviembre del 2022, para la población mestiza se desarrolló la actualización de las fichas APS para la población Afro del municipio de PUEBLO RICO RISARALDA modalidad casa a casa a 55 familias urbanas.

- Según demanda inducida de las diferentes rutas y registros en el SISAP, se realizar la actualización de las fichas APS ya que los Indicadores nos muestran que como evento principal en la población mestiza con presencia de personas con MALARIA en este caso según registros en zona cetro del municipio.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

• Se desarrolla la actividad con la programación de las fichas activas para desarrollar en casas pertenecientes a zona centro y zonas aledañas. • Se designan 4 auxiliares para el desarrollo de la actividad, que se desempeñan realizando cada uno con 4 fichas por auxiliar diaria, para un total de 50 fichas. Donde se realiza cada actualización con un tiempo promedio de dos horas por actualización por vivienda. • Se realiza capacitación virtual con la secretaria de salud departamental con Referentes para ficha APS, se realiza atreves del uso de la table donde se sincronizan las casas a visitar para la actualización. • Otro inconveniente que nos sucedió es el cambio de domicilio, pues al sincronizar buscamos unas familias y estas fichas no se han actualizado pues desde que se ingresaron en los años 2018 y 2019 a la actualidad los arrendatarios de las viviendas ya no pertenecen a esas casas. • Como los barrios son pequeños nos permitió llegar a los siguientes barrios CINTO, PIEDRAS, EL SILENCIO, BACHICHI y así realizar las actualizaciones de las 55 casas en la población afro, • Se realiza actualización de las fichas APS. • Se realiza toma de fotos para evidencia. • Se pide firma de asistencia en formato.	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

• Una vez terminada la actualización se hace un análisis de actividad ejecutada.	

COMPROMISOS:

HILDA NORA CATAÑO
ENFEREMERA

Isabel Cristina Lucero

ISABEL CRISTINA LUCERO
COORDINADORA PIC 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 07 al 22 de noviembre 2022	**ALCANCE:** **AFRO**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS			
Responsable: Enfermero(a) + Coordinador PIC			
Lugar: SANTA CECILIA			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

POBLACIÓN APRU

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Ese H.S.R
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion Fichas APS. 127
FECHA: 07-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COD 1300001
ENTORNO: Zona Rural.
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena Vargas

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	✓	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	✓	

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	25001035	Margarita Norgles Maturana	51	X						X																X				Suroi	Piedras Bachichi FN: 27-07-1971	No tiene		X	Margarita Vargas	✓	
2	CC	25002822	Ana teresa Maturana Aguilar	37	X						X																X				coosalud	Piedras Bachichi FN: 15-10-1985	3108259983		X	Ana Teresa	✓	
3	CC	1002213845	Marelbis Johana Serna Herrera	24	X						X																X				Asmetsalud	Piedras Bachichi FN: 01-07-1998	3145063214	X		Johanna Serna	✓	
4	CC	1093583462	Maria Berenice Herrera Machado	55	X						X																X				Nueva EPS	Piedras Bachichi FN: 10-012-1966	3194702033		X	Maria Berenice	✓	
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PM	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOOPOSS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

POBLACIÓN AFRO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Ese H.O.R. #27
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización Fichas APS
FECHA: 08-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COD 130001

ENTORNO: Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena Vargas.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	4528158	Evaristo Murillo Mosquera	61	X						X																X			Salud Total	Piedras - Bachichi FN: 25-08-1961	3217795807		X	Evaristo	X	
2	CC	66680805	Luz Elena Maturana Herrera	47	X						X																	X		SOS	Piedras - Bachichi FN: 15-10-1975.	3214120272		X	Luz Elena H.	T	
3	CC	25000590	Cruz Maria Rentería Rentería	52	X						X																X			Famisanar	Piedras-Bachichi FN: 08-02-1970	3137434645		X	Cruz Rentería	X	
4	CC	25000603	Luz Amparo Gonzalez Aguirre	54	X											X											X			Nueva EPS	Piedras Bachichi FN: 16-09-1968	3196488952		X	Luz Amparo	X	
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR. SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

POBLACION AFRO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
MUNICIPIO DE RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE H.S.R. +27
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion Fichas APS.
FECHA: 08-11-2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia. COD I30001
ENTORNO: Zona Rural.
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: Sesion
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Emily Gimore.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS					U	R		SI	NO
1	CC	1007214129	Leydy Yasuriya Nagles Mosquera	25	X						X																	X			Nueva EPS.	Piedras-Bachichi FN: 11-05-1997.	3197087654		X	Leidy Yasuriya	X	
2	CC	1007214139	Ana Luisa Maturana Roa.	34	X						X																	X			Nueva EPS.	Piedras-Bachichi FN: 18-05-1988	3135749810		Y	Analuisa	T	
3	CC	35755166	Ana delia Roa Aspilla.	62	X						X																	X			Nueva EPS.	Piedras Bachichi FN: 23-04-1960	31676691190		X	Ana delia	T	
4	CC	1135184521	Luz Dayla Polonegue Machado	34	X						X																	Y			Pijao Salud	Piedras Bachichi FN: 22-04-1988	3145661557		X	Luz dayla	T	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hsr
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha APS #27
FECHA: 18-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COO# I30001

ENTORNO: RURAL Zona rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Geidi Murillo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICT FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25001354	Maria Lusiola Bonilla Buenaño	44		X					X																	X			Coosalud	FN:11-09-1978 El Silencio	3127611756		X	Maria Lusiola	X	
2	CC	42139325	Martha Patricia Martinez	50		X					X																	X			Nueva EPS	FN:26-06-1972 El Silencio	312248835		X	Martha Patricia M	X	
3	CC	35605120	Melitina Machado Lloreda	74		X			X		X																	X			Nueva EPS	FN: 18-07-1948 B. Cinto	3116468975		X	[illegible]		X
4	CC	42134613	Rosa Nelly Murillo	47		X					X																	X			Nueva EPS	FN:20-06-1975 B. Cinto	3124046218		X	Rosa Murillo		X
5	CC	1088308262	Geidy Murillo	29		X		X			X																		X		Nueva EPS	FN: 09-05-1993 B. Cinto	3117267086		X	Geidy		X
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA							ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1207

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E HSIR
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha APS #27
FECHA: 19-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COD+I30001

ENTORNO: AFRO Zona rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ANIZ Murillo M

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PRI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25001769	Fabiola Mosquera Sanchez	54		X																						X			Asmet Salud	FN 10-11-1968 Br Cinto	3178515376		X	FMOSQUERA		X
2	CC	25001418	Yojana Murillo Mosquera	42		X																						X			Asmet Salud	FN 2-10-1980 Br Cinto	3217029756		X	Yojana MM		X
3	CC	35755119	Nilda Maria Serna Mosquera	72		X																						X			Coo Salud	FN 1-10-1950 Br Cinto	3167953357		X	Nilda Serna		X
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DEH	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUES DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

128

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion Fichas APS
FECHA: 20-NOV-2022. CCO + I3000
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico corregimiento Santa Cecilia

#27

ENTORNO: APRO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena V

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1366118	Maturana Ordoñez Herrera	75	X																							X			coosalud	Piedras Bachichi FN: 13-08-1947.	3136638112		X	[signature]	X	
2	CC	1093532126	Jose Johanclin Mosquera Mosquera	36	X																								X		Nueva EPS	Piedras Bachichi FN: 21-01-1986	3233415340		X	[signature]	X	
3	CC	42070803	Maria Georgina Cordoba Herrera	58		X																							X		Nueva EPS	Piedras Bachichi FN: 15-09-1964	3156173338		X	Georgina C. H	X	
4	CC	4815082	Elillon Pinilla Mena	55	X																							X			Nueva EPS	Piedras Bachichi FN 03-01-1968	3177680509			E Lillon	X	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	RPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:

SUPERVISOR:

ACTIVIDAD:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD.: ( )
OTRO. ( )

1209

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital san Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion Fichas APS #27
FECHA: 20-Nov-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa cecilia COD+ I30001

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximenez V

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	71335548	Baudilio Murillo Renteria	76	X						X																		X	Sanitas	Cinto FN. 26-06-1946	3235587196		x	Baudilio	/	
2	CC	1135184765	Yassira Tascon Lloreda	30		X					X																	X		Asmet Salud	Cinto FN: 07-12-1991	3122485665		X	Yassira	X	
3	CC	25001511	Ana Yolima Lloreda Machado	43		X					X																	X		Asmet Salud	Cinto. FN: 23-11-1978	3155742989		X	Ana Yolima Lloreda		
4	CC	42132498	Rosa elena Machado Moreno	48		X					X																		X	Nueva EPS	Cinto FN: 27-10-1974	3163545276	X		Rosa E. M	X	
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

NO	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REMITIDOS	MIGRANTES	MAESTRO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SA-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hsir
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha Aps #27
FECHA: 21-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia CODI I3001

ENTORNO: GFRU Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Wendy Murillo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICY FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	42157246	Vertaluz Scarpeta Murillo	41		X			X		X																	X			Coosalud	FN: 05-11-1981 B. Cinto	3156588485		X	Bella Luz	X	
2	CC	1093534224	Rosa elena Scarpeta Mosquera	36		X			X		X																	X			Coosalud	FN: 28-08-1986 B. Cinto	3153198085		X	Rosa Elena M	X	
3	CC	10061619	Jose Cresencio Scarpeta	60	X							X																X			Coosalud	FN: 17-04-1942 B. Cinto	3178051184		X	Jose	X	
4	CC	1865983	Maximino Hines Troza	89	X				X			X																X			Asmetsalud	FN: 16-05-1933 B. Cinto	3184537401		X	Maximiliano	X	
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha Aps #22
FECHA: 21-11-2024
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia cod+ 130001

ENTORNO: APR RURAL Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Heidy Murillo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	1001601103	Jose Teodolio Lloreda	71	X				X		X																				Asmet salud	Cinto FN: 28-12-1950	3152956816		X			X
2	CC	1002	Mª Ana Doris Murillo	30		X					X																	X			Asmet Salud	Cinto FN: 17-06-1992	3892326881			Mª Ana Doris		X
3	CC	1000	Juan de la cruz Renteria Machado	40	X						X																	X			Asmet salud	Cinto FN: 23-11-1985	3195165023					X
4	CC	1075	Victoria cordoba Machado	38		X			X		X																	X			Asmet Salud	Cinto FN: 12-10-1984	3128553164			VICTORIA		X
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	Sexo			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIONA)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:

SUPERVISOR:

ACTIVIDAD:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion Fichas APS. 427
FECHA: 21-NOV-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa cecilia. cod I 30001

ENTORNO: APEO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 3:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Claudia Ximena V

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SAISSD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
✓ 1	CC	4528014	Aimeron Murillo Renteria	70	X						X																X			Asmet Salud	Cinto FN: 10-01-1952	3152657955		X		X	
✓ 2	CC	24990526	Maria Udelme Bueno Zamora	71		X																					X			coosalud	Cinto FN: 22-8-1951	3127279882		X		X	
✓ 3	CC	42058880	Maria Eugenia Bermudez Renteria	66		X																					X			Asmet Salud	Cinto FN: 20-02-1956	3108404765		X		X	
✓ 4	CC	25000899	Marta Cecilia Garzon Bueno	44		X																					X			comitet	Cinto. FN: 27-02-1978.	3155558069		X		X	
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS. ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E Hsjr
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha APS 127
FECHA: 22-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa cecilia COD I30001
ENTORNO: AFRO Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Wendy Murillo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR. SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO EPRA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	35605209	Yolanda Rentería Rentería	47	X			X																			X				Nueva EPS	B. Cinto FN 28-11-1974	3104853443		X	Yolanda		
2	CC	1078178835	Nelly Cardoba Campaña	43	X			X																			X				Nueva EPS	B. Cinto FN 31-01-1979	3104085426		X	nelly		X
3	CC	26294681	Oralia Rentería Mosquera	81	X			X																			X				Asmet salud	B. Cinto FN 31-12-1939	3127107917	X		Oralia Mosquera		
4	CC	35605185	Nicadela Campaña Mosquera	77	X			X																			X				Asmet salud	B. Cinto FN 05-04-1945	3104408271	X				
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E H.S.R
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha APS 127
FECHA: 21-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia 0004 I30001
ENTORNO: AFRO Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Geidy Mavillo M

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	INMIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	26294876	Ariela Rentería Machado	69	X						X																X			Armet Salud	Cinto FN: 24-08-1967			X	Ariela		
2	CC	42149347	Carmenza Mesquera Córdoba	47	X						X																X			Nueva EPS	Cinto FN: 10-08-1975	3234663612		X	carmenza		F
3	CC	35605056	Maria Rafaela Mesquera M.	81	X						X																X			Armet Salud	Cinto FN 31-12-1940	3145716579		X	Maria Rafaela		F
4	CC	35605212	Juana Mateo Mesquera C.	54	X						X																X			Armet Salud	Cinto FN: 29-05-1968	3225992273		X	Juana M		F
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO.
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUES DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS. ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

125

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: G.S.E. HSIR
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualizacion ficha APS #27
FECHA: 21-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COD+ I30001

ENTORNO: AFRO Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ANIZ Murillo M

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	35605444	Feliciana Palacio Mosquera	71	X				X																			X			Asmet Salud	Cinto FN: 15-11-1951	3179210544		X	Felicia		X
2	CC	26294727	Maria Etelvina Cordoba De Mosquera	73		X			X																			X			Asmet Salud	B. Cinto FN 31-12-1948	3184402984		X	EDam		X
3	CC	35605105	Alejandra Cordoba de Mosquera	70		X																						X			Asmet Salud	B. Cinto FN 31-12-1951	3107112123		X	Alejandra		X
4	CC	35750150	Felicidad Copete Porea	77		X			X																			X			Nueva EPS	B. Cinto FN: 19-07-1945	3167309135		X	Felicidad		X
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: [ ]
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS. ( )

FORMATO.
ASISTENCIA: [ ]
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: [ ]

126

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E HSIR
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización ficha APS #27
FECHA: 22-11-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia COD # I30001

ENTORNO: AFRO Zona Rural
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Seidy Murillo

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICE FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC	NT. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1007213393	Maria Luceli Rentería Mosquera	32		X																						X			Asmet salud	Br Cinto G-03-1990	3.745273970			maria luceli		X
2	CC	25001491	Claudia Yanet Palacio Nogles	42		X																						X			Asmet salud	Br Cinto AV16-02-1979	3222784730			claudia y		X
3	CC	1093534370	Yusney Machado	38		X																							X		Asmet salud	Br Cinto FN: 07-02-1984	3117067246			yusney Machado	X	X
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	EPMA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO.	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO. ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 28

Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 50 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento.

RECURSO HUMANO	Psicologo(a)
CANTIDAD:	50 viviendas
DURACION	1.5 H
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Registro diario en el SISAP cuando aplique RIPS con el CUPS I 10605

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA del 24 octubre al 25 de noviembre 2022	**No:** 28.02	**HORA INICIO: 7:00 am**	**HORA FINALIZACI0ON: 5:00 pm**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Realizar valoración de la dinámica familiar y fortalecer los lazos afectivos entre las familias como estrategia de prevención de consumo de SPA.	
Tema: Actualización de la caracterización del componente psicológico.		**No Páginas:** 4	
Responsable: Psicólogo		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Santa Cecilia Risaralda		**Zona:** Afrocolombiana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

La actividad se llevó a cabo en el corregimiento de Santa Cecilia en la vereda Bachichí, dicha vereda cuenta con una población triétnica (afrocolombiana, indígena y mestiza). Para realizar la actividad se tomó en cuenta la población Afrocolombiana reportadas por un evento de interés en salud pública, para ello se realizó una búsqueda en la base de datos del SIVIGILA; (Es el Sistema de Salud Pública y tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.) a **50 viviendas**

Se realiza un recorrido por la vereda y se realiza una visita en cada casa con el fin de cumplir con el objetivo de la actividad, al llegar a las casas, se hace una presentación, se le pregunta a la persona sobre su

OBERVACIONES

Debido a las fuertes lluvias que se han manifestado en la región se dificulta la realización de la actividad. No obstante, estas no impiden cumplir con el objetivo planteado.

La población siempre se mostró empática y dispuesta a una participación y colaboración.

conocimiento del PIC departamental, seguido se da una explicación de sus siglas (La Resolución 518 define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados. Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos o algún tipo de cuotas.). Al realizar la explicación del significado y las funciones del PIC Departamental, se explica la finalidad de la visita (realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico) para ello se aplica el APGAR FAMILIAR (Dr. Gabriel Smilkstein). Según Suarez y Alcalá (2014): El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (p. 1) El test se realizó con el fin de medir la estructura de poder familiar y su funcionalidad. Se realizó a ocho (15) familias afrocolombianas del corregimiento de Santa Cecilia, las áreas de poder que evaluadas fueron las siguientes: El dinero, Los hijos, el sexo, el hogar y el desarrollo personal. En el cual a final se marcaba las puntuaciones de 1: machista, 2: matrifocal y 3:	

democratizante. Donde de las 15 familias a las que se les aplicó el test tres (3) de ellas tienen una estructura de poder Matrifocal y las doce restantes (12) democratizante; dando a entender que en ninguno de los hogares se evidencia el Machismo. Seguido de la estructura de poder se realizó a su vez el de funcionalidad familiar en el cual cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a su calificación: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre y 4: siempre. Donde el total de las familias a las cuales se les aplicó tienen un funcionamiento normal. La información que se obtiene es valiosa; al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Posterior a ello se explica la importancia de fortalecer los lazos afectivos como una estrategia de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas). Realizas actividades en familia, hacer uso del tiempo libre, involucras a los niños, niñas y adolescentes en las actividades familiares para que haya siempre armonía en el hogar. Se realiza una explicación del significado de SPA y las afectaciones que causa en nuestro organismo y por qué NO debemos hacer uso y abusar de dichas sustancias. Cualquier SPA (sustancia psicoactiva) que	

ingerimos a nuestro cuerpo por cualquier vía de acceso, causa alteraciones en nuestro sistema nervioso que a su vez altera el funcionamiento de nuestro cerebro, procesos de pensamiento, aprendizaje y nuestro estado de ánimo. Según Medina y Rubio (2012):

> Muchas son las causas que pueden explicar esta problemática. Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo. La familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo. (p. 1)

Se llevó a cabo la interacción con algunas familias, sin olvidar el objetivo de dicha actividad se hace el registro de fotografía como evidencia de la realización de la actividad y por último nos facilitan los datos para diligenciar y firmar el listado de cumplimiento de actividades.

COMPROMISOS: Tener buena disposición con las personas y tenerlos en cuenta para seguir realizando dichas actividades o similares, bien se a de salud mental u otro tipo.

Hasbleidy Mena

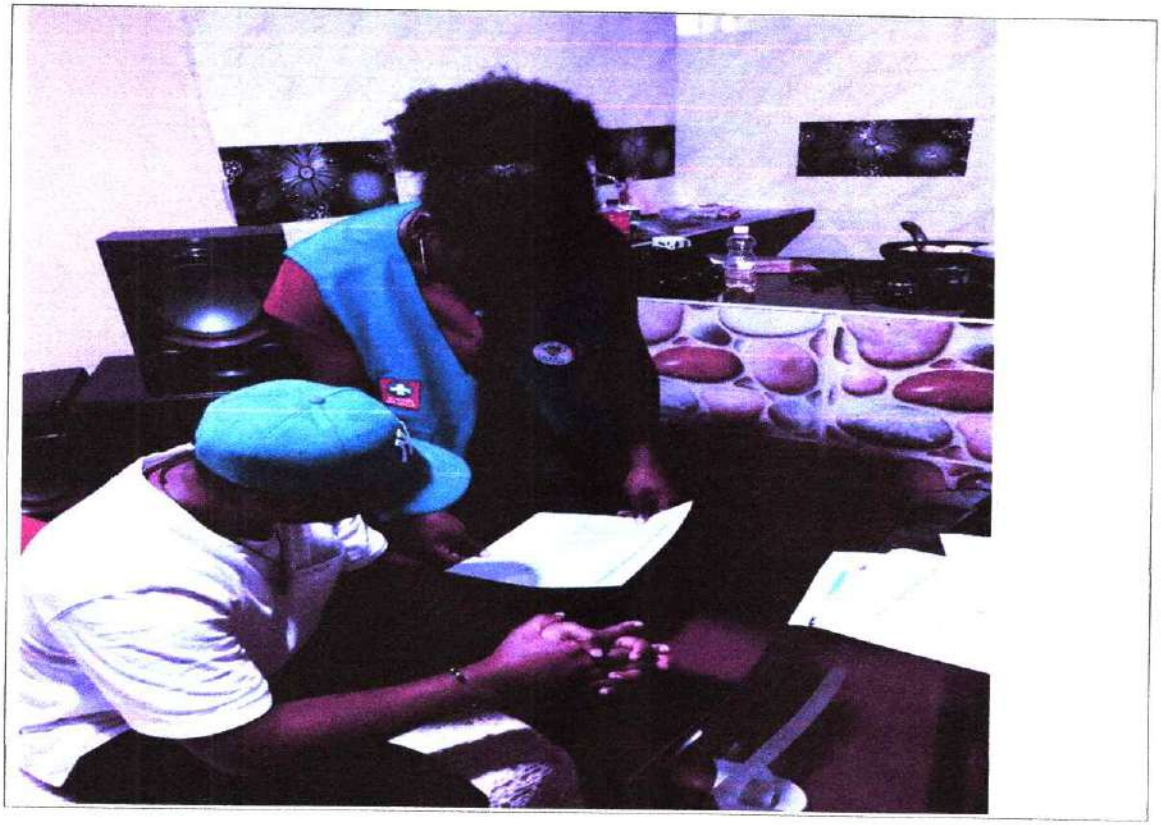
Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/10/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael. 128
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 24 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia Rda. Código 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hosbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	41948 409	Maria Cecilia Rentería Mena	43		X			X		X																	X			Nueva E.P.S	Bachichi 23-10-1979	3104546722		X	Maceli	X	
2	CC	100721 4049	Damaris Córdoba Mosquera.	29		X			X		X																	X			Asmet Salud	Bachichi 07-04-1993	3122902586		X	Damaris	X	
3	CC	11931196 84	Yur Mery Cuenut.	27		X					X																			X	Coosalud	Bachichi 23-10-1995	3104093223		X	Yur Mery	X	
4	CC	1093186 067	Jacira Murillo Maturana.	26		X					X																	X			Asmet Salud	Bachichi 19-08-1996	3107458171		X	Jacira M	X	
5	CC	1004628 179	Maria Paula Herrera Borrero	20		X					X																	X			Asmet Salud	Bachichi. 10-09-2002	3185722297		X	Paulo H.	X	
6	CC	1135 1811765	Yassira Tascon Llorente	30		X					X																	X			Asmet Salud	CINTU FN: 23-12-1995	3163548275		X	Yassira	X	
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

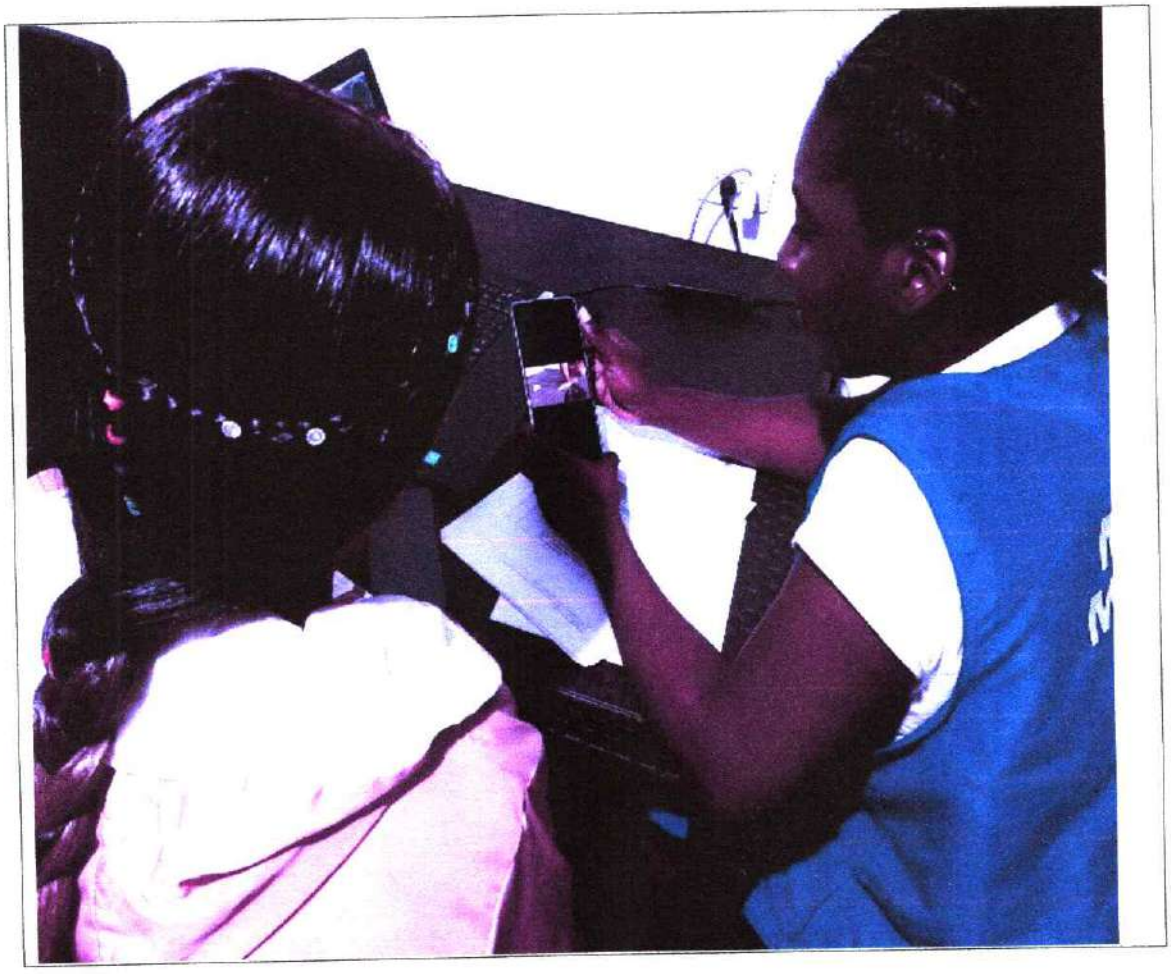
FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 25/10/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 25- octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia Vda. Código 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haubleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)																PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPS	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SRSD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS						U	R		SI	NO
1	CC	31413 877	Niesmi Manizal Roa.	56		1			X		X																	X			Asmet Salud.	Santa C. Bachichi 07-05-1966	3108049055		X	Niesmi.	X	
2	CC	1078180 656	Disnory Mosquera Lerma.	28		X			X		X																	X			Pijaos Salud	Sanata Cecilia Bachichi 30-11-1993	3137054370		X	Disnory	X	
3	CC	13603 136	Elmer Antonio Maturana Machado	49	X						X																	X			Asmet Salud	Bachichi 07-02-1975	3183222838		X		X	
4	CC	98618 88	HECTOR FABIO MOSQUERA MATURANA.	37	X				X		X																			X	Nueva E.P.S	Bachichi 19-09-1985	3219471067		X	HECTOR F.	X	
5	CC	25004 341	Cenaida Maturana Mosquera.	75		X					X																	X			Asmet Salud.	Bachichi 21-06-1947	3163733784		X	Cenaida M.	X	
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)														PROGRAMA								ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	MORGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) ALMOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 28/10/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización
FECHA: 28 - octubre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia Vda. Codigo 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 07:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 05:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haibleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP. DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	1006193826	Angie Barahona.	28	X						X																X				Pijao Salud	Bachichi 10-03-1993	3158632176		X	Angie barahona	X	
2	CC	42164042	Orfinelly Moguera Machado	41	X						X																		X		S.O.S	Bachichi (04-12-1999)	3233420359 24-12-1980		X	orf.m22y	X	
3	CC	1088243601	Alejandra Moguera. M.	23	X						X																		X		S.O.S	Bachichi 04-12-1999	3137030271		X	Alejandra	X	
4	CC	1093532038	Enelda Marcela Asprilla	19	X						X																		X		Nueva E.P.S	Bachichi 02-07-2003	3178644468		X	Enelda A	X	
5	CC	13660 50	Gerardo Antonio Mañuana M.	78	X						X																		X		Asmet Salud	Bachichi 24-02-1944	3172160003		X		X	
6	CC	4213 2498	Rosa Elena Machado Moreno	48	X						X																		X		Nueva EAS	C.INTO FN. 27-10 1974	3163545276		X	Rosa E.M.	X	
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

Nº	TIP DOC	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	RPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

En la casilla numero 2 la Fecha de naumento correcta de la señora Orfinelly Mosquera se encuentra debajo del numero de telefono.

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 22/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión. 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente Psicológico
FECHA: 22 - Noviembre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia Codigo: 11105 #28
ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA FINALIZACION: 5:00 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP. DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093536348	Yithsa Mileydi Córdoba Maturana	30		X			X		X																		R	Nueva E.P.S	29-04-1992	3207012748		X	Yithsa CM	X	
2	CC	1193410745	Angi Damaris Córdoba Maturana	27		X			X		X		X																X	Asmet salud	31-07-1995	3117008905		X	ANGI C.M	X	
3	CC	1193410746	Laura Córdoba Maturana	23		X			X		X																		X	Asmet Salud.	09-06-1999	3106914477		X	Laura C.	X	
4	CC	1088317388	Erick Arango Moreda.	27	X						X																		X	Coosalud	29-11-1994	2145385823	X			X	
5	CC	18602136	Ivan Antonio Córdoba Mosquera	53	X						X																		X	Nueva EPS	28-08-1969	3136286245		X	Ivan cordoba	X	
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MIESTIZO	OTRO	PAI	C.V.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

CARGO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

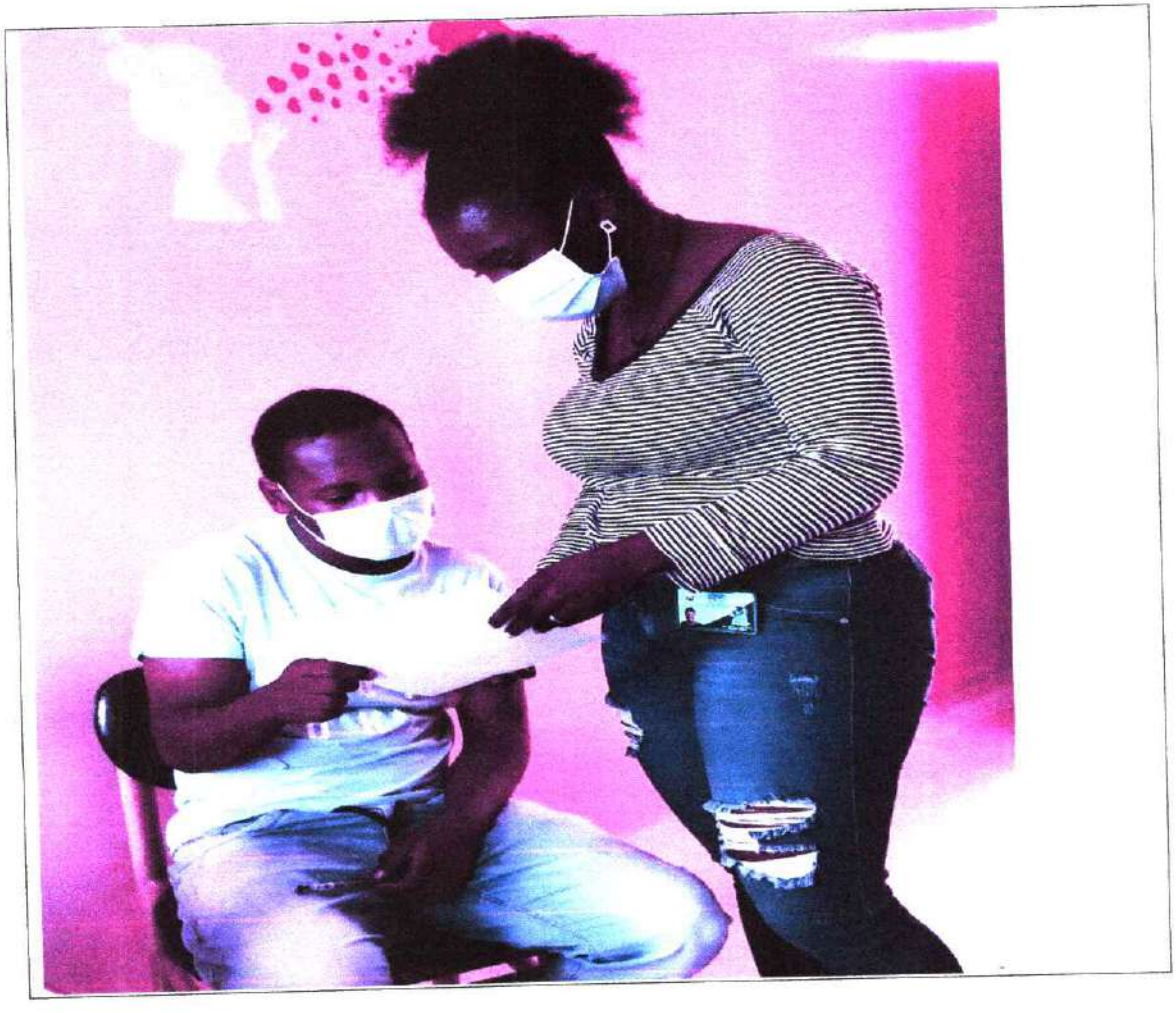
FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 23/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 06-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del Componente Psicológico
FECHA: 28 - noviembre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Corregimiento Santa Cecilia Código: 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm.
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Haroldy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)								PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	26 398 044	Maria Graciela Mosquera de Mosquera	86		X			X		X															X			Asmet Salud.	31 - 12 - 1936	3122481835		X		X	
2	CC	1007214 151	Yesenia Cordoba	26		X					X		X													X			Coosalud	21 - 05 - 1996	2138186272		X	Yesenia C.	X	
3	CC	25000 955	Luz Adriana Grisales Mosquera	44		X			X		X		X													X			Asmet Salud.	04 - 06 - 1976	3194078541		X	Luz Adriana	X	
4	CC	1093536 017	Angi Paola Mosquera	25		X			X		X		X													X			Nueva E.P.S	01 - 05 - 1997	3116998326		X	ANGI P.	X	
5	CC	25000 321	Luz Maria Ramirez Mosquera	53		X					X															X			Nueva E.P.S	22 - 03 - 1969	3218545006		X	Luz Maria	X	
6	CC	35545 614	Narcisa Rentería Rentería	39		X			X		X		X															X	Nueva E.P.S	17 - 11 - 1983	3137960316		X	Narcisa R.	X	
7	CC	11938168	Yoiker Eduardo Ordoñez Mosquera	39	X						X																	X	Cosmitet	01 - 07 - 1983	3116028372		X		X	
8	CC	35603 238	Cruz Jazmina Palacios.	46		X			X		X																	X	Cosmitet	08 - 04 - 1976	3113318743		X	Cruz J. M.	X	
9																																				
10																																				

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	PALENQUES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael del Pueblo R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del Componente Psicológico
FECHA: 23 - noviembre - 2022. +28
MUNICIPIO/LUGAR: Corregimiento Santa cecilia Código: 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hablenly Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nr. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	SEXO: LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	ZONA: R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO
1	CC	1007214 372	Mary Luz Ruiz Machado.	22		X					X															X				Nueva E.P.S	07 - 09 - 2000	3192398159		X	Mary Luz	X	
2	CC	1003095 228	Leidy Liliana Palacio Castañeda	31		X					X															X				Asmet Salud	12 - 10 - 1991	3218392474		X	Leidy L. Cano P	X	
3	CC	25001 291	Luz Adriana Bonilla Renteria	41		X			X		X															X				Nueva E.P.S	19 - 02 - 1981	3176977708		X	Luz Adriana B	X	
4	CC	1093532 029	Claudia Pada Renteria Machado	28		X					X															X				Nueva E.P.S	04 - 09 - 1994	3192412073		X	Claudia P.R	X	
5	CC	18601 962	Moises Ramirez Mosquera	55	X				X		X															X				Nueva E.P.S	22 - 04 - 1967	3218382849		X	[illegible]	X	
6	CC	1026821 568	Hania Mosquera Lemus	30		X					X															X				ASMET SALUD	3 - 05 - 1992	3174827979		X	[illegible]	X	
7	CC	42139 325	Martha Patricia Martinez Maturana	50		X			X		X		X													X				Nueva E.P.S	26 - 06 - 1972	3122HB1835		X	Martha PM	X	
8	CC	1002214 152	Omaira Cordoba Martinez.	22		X					X															X				Nueva E.P.S	15 - 07 - 2000	3185051182		X	Omaira	X	
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REMITIGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.E.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico. 728
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del componente psicológico
FECHA: 24 - Noviembre - 2022.
MUNICIPIO/LUGAR: Corregimiento Santa Cecilia Código 11105

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5.00 Pm.
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1175184 881	Ximena Bonilla Mosquera	20		X					X			X														X			Asmet Salud.	Vereda el silencio 12 - 11 - 2002	3104455718		X	Ximena Bonilla M	✓	
2	CC	25000 160	Emerita Mosquera Cardenas	58		X					X			X														X			Nueva E.P.S	Vereda el silencio 04 - 11 - 1964	3175674373		X	Emerita	✓	
3	CC	25004 466	Maria Rocio Bonilla Torres	60		X			X		X			X															X		Nueva E.P.S	Vereda el silencio 23 - 10 - 1962	3136706425		X	Rocio	✓	
4	CC	1093534 125	Vanessa Moreno Bonilla.	34		X			X		X																	X			Asmet Salud.	Vereda el silencio 12 - 07 - 1988	3206820014		X	Vanessa M.B.	✓	
5	CC	25000 342	Evangelina Maturana Maturana	54		X			X		X																	X			Nueva E.P.S.	Vereda el silencio. 02 - 04 - 1968	3214821481		X	Evangelina M	✓	
6	CC	42112 189	Luz Dary Palacio Ibargüen	51		X					X																	X			Nueva E.P.S	Vereda el silencio 01 - 07 - 1971	Vereda el silencio		X	Luz Dary	✓	
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:
			FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD :( ) SUPERVISIÓN DE CLIENTAS: ( )
			FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 25/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actualización de la caracterización del componente psicológico.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento Santa Cecilia			

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

428

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael Quinchía R.
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización del Componente Psicológico
FECHA: 16 - noviembre - 2022. Código: 11105
MUNICIPIO/LUGAR: Corregimiento de Santa Cecilia

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hadleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)											PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	CC	1093536016	Mayerly Maturana Ocola	23		X					X		X														X			Nueva EPS	Vereda Silencio 17-03-1999	3124187605		X	mayerly M	X	
2	CC	1093535059	Sirledys del Carmen Ocola Padilla	44		X					X		X														X			Coosalud	Vereda Silencio 14-08-1978	14-08-178	X		Sirledys O.	X	
3	CC	1039250 17	Sandra Liliana Maturana Renterio	38		X					X																X			Nueva EPS	vereda Silencio 07-05-1984	Vereda el Silencio	X		Sandra L M.	X	
4	CC	1093536425	Jeferson Andres Hoyuero Palacio	30	X						X																X			Coosalud	Vereda el Silencio 31-08-1992	3105172472	X			X	
5	CC	1003536018	Yeiner David Maturana Ocola.	22	X						X																X			Nueva EPS	vereda el Silencio 09-06-2000	Vereda el Silencio	X		Yeiner D.	X	
6	CC	1093536068	Jhoan Estiven Maturana.	19	X						X																	X		Nueva EPS	20-09-2001	Vereda el Silencio.	X		Jhoan Esteb.	X	
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	BONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Yur Mery Cuenu
CC: 1193119684

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Jacira Murillo Maturana
1093186067
Jacira M.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:	X		
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

ENEIDA MARCELA ASPRILLA SANCHEZ
C.C. 1001353203B.
Firma.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorias:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Damaris Cordoba Mosquera
C.C. 1007214049
Firma: Damaris Cordoba M

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;	X		
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:	X		
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:	X		
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:	X		
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Dunoly Mosquera Serna.
C.C. 1078180656

Firma: Dunoly

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;	X		
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:	X		
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

1247

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de fra, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Nies Mi morizaroa
C.C 31413877

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel desatisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		X			
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

1250

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Nayerly Maturana O.
C.C. 1093536016

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Sirledys del Carmen O.
C.C. 1093535059

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Sandra Liliana Maturana.
C.C. 1139750171.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jefferson A. Mosquera.
C.C. 1093536425

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

C.C.1093536018
Griner D. Maturana.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:	X		
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Jhoan Estiven O.
C.C. 1093536068.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:	X		
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:	X		
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:	X		
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:	X		
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Emerita Mosquera C.
C.C. 25000160.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Evangelina Natarama.
C.C. 23000342.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero	X				
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luz Dany Palacio
C.C. 42112189.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel desatisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Ximena Banilla M.
C.C. 1135184881.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

1270

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Rocío Romilla
C.C. 25004466

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:	X		
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Vanessa Moreno Bonilla
Cc 1093534125

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Erica Arango Moreda
C.C. 1088317388

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Angi Damaris Cordoba.
C.C. 1193410745

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Ivan Antonio Mosquera
C.C. 18602136

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Yithsa Mileydi Cordoba.
C.C. 1093536348

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Laura Cordoba Matunana
C.C. 1193410746

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorias:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

María Graciela Matorana
C.C. 26398044

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Narcisa Renteria R.
35545614

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Paola Fabiola Cardona M.
C.C. 1193468

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsablilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:	X		
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	X				
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Yesenia cordoba
C.C. 1007214151

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:	X		
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

ANGL PAOLA
MATURANA.
C.C1093536012

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:	X		
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Cruz Jazmila.
C.C. 35603238

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda busoar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luz Adriana Grisales
C.C. 25000455

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o Indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			✓
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luz Maria Ramirez
C.C. 25000321

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

1300

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Martha Patricia Martinez.
C.C. 42139325

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Omaira Córdoba M.
C.C. 1007214152

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:	X		
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:				X	
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa			X	X	
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Hania mosquera. Cemos.
C.C. 1076821568.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorias: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Claudia Paola R.M
C.C 1093532029

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

MARY LUZ RUIZ MACHADO
CC 1007214372

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?			X		
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Luz Adriana Bonilla R
C.C. 25001291

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de			X		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	X				
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	X				

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Leidy Liliana P.C
C.C 1010095228

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre <u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1

Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Moises Ramirez M.
C.C. 18601962.

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Cenaida Maturana Machado.
C.C. 25004341.
Firma: Cenaida Maturana M.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:	X		
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro Nº 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero			X		
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

María Paula Herrera Bonero
C.C. 1004628179.
Firma: Mª Paula Herrera

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:	X		
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					X
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)			X		

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Alejandra Mosquera Mosquera 1.088.245.601 Alejandra

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;		X	
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:		X	
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;		X	
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:		X	
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:		X	
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:		X	
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:		X	
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;		X	
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:		X	
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:		X	
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:		X	
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:		X	
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:		X	
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.		X	
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.		X	

1.	Machista
2.	Matrifocal X
3.	Democratizante

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?			X		
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos			X		
2. los espacios en la casa			X		
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Orfineya Mosquera Machado.
C.C. 42164042.
Firma: Orfineya mosquera

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Elmer Antonio Mahiana
C.C. 18603136.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:			X
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:	X		
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Angie Londoño
1006193826.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:			X
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:	X		
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;	X		
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia. tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos				X	
2. los espacios en la casa				X	
3. el dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:	X		
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:			X
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				X	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				X	

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Gerardo Antonio Maturana.
C.C. 1366050
Firma:

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	Categorías: 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre Resultado en la medición: 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

Ector Fabio Mosquera Maturana.
C.C. 9861888.
Firma: HÉCTOR FABIO MOSQUERA M.

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:		X	
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:		X	
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:		X	
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;		X	
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;			X
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:	X		
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de;			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:		X	
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.	X		
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante X			

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

CONCEPTO	COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador)
Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar	Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero
PREGUNTAS	<u>Categorías:</u> 0 casi nunca 1 a veces 2 casi siempre
1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa? 2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo? 3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida? 4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza? 5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos	<u>Resultado en la medición:</u> 0-3 Disfuncional 4-6 Medianamente funcional 7-10 Funcional

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema?			
b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa?			
d) ¿Siente que su familia lo quiere?			
e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			

María cecilia Rentería Mena.

C.C. 41948409.

Firma: María Cecilia Rentería M

TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
I Los hijos	1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a:		X	
II El Dinero	1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de:			X
	1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de:			X
	1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por;			X
	1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a:			X
	2.1 El dinero es aportado principalmente por:			X
	2.2 El dinero es administrativo principalmente por;			X
	2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de:		X	
	2.4 La dependencia económica para gastos personales es de;	X		
	2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral:			X
III El Sexo	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:		X	
	3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de:			X
	3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción:			X
	3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable:			X
	3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción			X

Áreas De Poder	Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder	Hombre Padre	Mujer Madre	Ambos
IV El Hogar	4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por:		X	
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			X
	4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por:			X
	4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por:			X
	4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de:			X
V Desarrollo Personal	5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.:			X
	5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades:			X
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal.			X
	5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno.			X

1.	Machista
2.	Matrifocal
3.	Democratizante X

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					X
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					X
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					X
2. los espacios en la casa					X
3. el dinero					X
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				X	
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					X

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 29

Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicación (marcha con participación de 100 personas) en temas relacionados con prevención del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (esta última se realizará durante la temporada decembrina) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar y realizar la difusión a los directivos de la Cada institución educativa y estos a su vez a la comunidad estudiantil (padres y estudiantes).

RECURSO HUMANO	Psicologo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermería
CANTIDAD:	100 Personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Copia del material producido Registro del contacto en cada institución Educativa Registro fotográfico Evidencia y/o certificados de la difusión en los medios de comunicación utilizados RIPS con el CUPS I 11412

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 16 de noviembre de 2022	**No:** 29.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Educar, informar y concientizar a los niños niñas y adolescentes de la comunidad afrocolombiano del corregimiento de Santa Cecilia sobre el trabajo infantil y las lesiones que puede ocasionar las quemaduras de pólvora.	
Tema: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.		**No páginas: 4**	
Responsable: Psicóloga		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena Perea	
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia		**Zona:** Rural	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**	
	2	**Desarrollo de actividad**	
	3	**Análisis de actividad**	
Para dar cumplimiento al objetivo planteado, se planificó una marcha. Para la cual se solicitó un permiso la Rector de la Institución educativa Agroambiental Pio XII, con el fin de contar con los alumnos, el cual fue aceptado. Se hizo uso de los siguientes materiales de apoyo: Carteleras, Marcadores, plegables. Dicha actividad se realizó en el corregimiento de Santa Cecilia municipio de Pueblo Rico donde se citaron a los estudiantes y entidades en la entrada de la Institución Educativa Agroambiental Pio XII. Desde ese punto se dio inicio a la marcha de prevención, contando siempre			**OBERVACIONES** **Se logró el objetivo de la actividad y se contó con la participación de muchas personas.**

con la colaboración de los docentes los cuales dieron una calurosa bienvenida al equipo en la institución y a las entidades que acompañaron el evento. La actividad da inicio con la presentación del equipo del PIC Departamental, dándose a conocer y explicar el recorrido de la actividad; posteriormente la Psicóloga educa y concientiza a los estudiantes frente al tema de trabajo infantil y las lesiones por quemaduras de pólvora. Se explica: Trabajo infantil: es toda actividad normal o peligrosa, remunerada o no que realizan en la cual se lleve a cabo la utilización de niños, niñas y adolescentes, lo cual conlleva a la violación de sus derechos, y perjudica su desarrollo físico y psicológico. También se debe tener en cuenta que dicha problemática se lleva a cabo por diversos factores bien sean, sociopolíticos, económicos, psicológicos, educativos entre otros, que pueden afectar los lazos afectivos en las familias y conllevar a realizar dicha práctica. No se debe confundir los trabajos o labores domésticas tales como: barres, trapear, lavar ropa etc., ya que estos se realizan con el fin de brindar apoyo a los padres y familiares. Dicha explicación termina con un mensaje motivacional: "que lo único que se TRABAJE sea la IMAGINACIÓN de cada niño, niña y adolescente." Lesiones por quemaduras de pólvora: a lo largo del tiempo se ha venido incrementando el uso de fuegos artificiales en las celebraciones de fiestas bien sean decembrinas, patronales, cumpleaños, entre otras. sin embargo, éste o cualquier otro producto fabricado a base de pólvora puede provocar accidentes y	

quemaduras. Las quemaduras se producen por el efecto del calor, la electricidad, frío, sol, productos químicos o radioactividad. Entre más elevada sea la temperatura y el tiempo de contacto, más profunda es la quemadura y aumenta el riesgo de complicaciones. La manera más efectiva de evitar una quemadura por fuegos artificiales es la prevención, por eso se recomienda evitar el contacto con objetos que contengan pólvora, ya sean cohetes, fuegos artificiales, luces de bengala, entre otros. Si se va a hacer uso de esta se debe hacer bajo la supervisión de un adulto responsable y en espacios libres, con el fin de no poner en riesgo la vida de terceras personas. "evitemos quemaduras por el uso inadecuado de la POLVORA, por una vida tranquila y segura" Para esto se realizó un recorrido por las calles del corregimiento, el cual da inicio a las 8:30 am en el puente del barrio piedras con todos los estudiantes de la institución Educativa Agroambiental pio XII, pasando por los barrios calle principal, parque de Santa Cecilia y cinto, tanto por la calle de abajo como por la de arriba. Luego de hacer el recorrido de finaliza la marcha en la Escuela San Pedro Claver. En dicha sede se brindó un jugo a los estudiantes para su hidratación, se le socializaron temas de interés por parte del coordinador de la institución y se agradeció a los estudiantes y a las diferentes entidades por su entrega y colaboración. Mas que a los alumnos se logró alzar la voz y dar a conocer a toda la comunidad la importancia de no encender pólvoras, especialmente en navidad y de no apagar los sueños de los niños niñas y adolescentes	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

sometiéndolos al trabajo. En la jornada se sensibilizó a toda la comunidad y se generaron muchos aprendizajes. Al final se diligencia el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	

COMPROMISOS:

Hasbleidy Mena

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

HILDA NORA CATAÑO
ENFERMERA

Rubian Queragama

RUBIAN QUERAGAMA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 16/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Dile NO al trabajo INFANTIL

Este impide que niños, niñas y adolescentes gocen plenamente de sus derechos y oportunidades de desarrollo

Los menores que se ven obligados a trabajar es debido a diversas causas tales como:

situaciones de pobreza, falta de acceso a la educación, niños desprotegidos o por tráfico de niños

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos

QUE LO UNICO QUE SE TRABAJE SEA LA IMAGINACIÓN

En cada niño, niña y adolescente

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 16 de noviembre de 2022	**No: 2**9.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Educar, informar y concientizar a los niños niñas y adolescentes de la comunidad afrocolombiano del corregimiento de Santa Cecilia sobre el trabajo infantil.	
Tema: Prevención del trabajo infantil		**No páginas: 3**	
Responsable: Psicóloga		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena Perea	
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia		**Zona:** Rural	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

Para dar cumplimiento al objetivo planteado, se planificó una marcha. Para la cual se solicitó un permiso la Rector de la Institución educativa Agroambiental Pio XII, con el fin de contar con los alumnos, el cual fue aceptado.
Se hizo uso de los siguientes materiales de apoyo: Carteleras, Marcadores, plegables.

Dicha actividad se realizó en el corregimiento de Santa Cecilia municipio de Pueblo Rico donde se citaron a los estudiantes y entidades en la entrada de la Institución Educativa Agroambiental Pio XII. Desde ese punto se dio inicio a la marcha de prevención, contando siempre con la colaboración de los docentes los cuales dieron

OBERVACIONES

Se logró el objetivo de la actividad y se contó con la participación de muchas personas.

una calurosa bienvenida al equipo en la institución y a las entidades que acompañaron el evento. La actividad da inicio con la presentación del equipo del PIC Departamental, dándose a conocer y explicar el recorrido de la actividad; posteriormente la Psicóloga educa y concientiza a los estudiantes frente al tema de trabajo infantil y las lesiones por quemaduras de pólvora. Se explica: Trabajo infantil: es toda actividad normal o peligrosa, remunerada o no que realizan en la cual se lleve a cabo la utilización de niños, niñas y adolescentes, lo cual conlleva a la violación de sus derechos, y perjudica su desarrollo físico y psicológico. También se debe tener en cuenta que dicha problemática se lleva a cabo por diversos factores bien sean, sociopolíticos, económicos, psicológicos, educativos entre otros, que pueden afectar los lazos afectivos en las familias y conllevar a realizar dicha práctica. No se debe confundir los trabajos o labores domésticas tales como: barres, trapear, lavar ropa etc., ya que estos se realizan con el fin de brindar apoyo a los padres y familiares. Dicha explicación termina con un mensaje motivacional: "que lo único que se TRABAJE sea la IMAGINACIÓN de cada niño, niña y adolescente." Para esto se realizó un recorrido por las calles del corregimiento, el cual da inicio a las 8:30 am en el puente del barrio piedras con todos los estudiantes de la institución Educativa Agroambiental pio XII, pasando por los barrios calle principal, parque de Santa Cecilia y cinto, tanto por la calle de abajo como por la de arriba. Luego de hacer el recorrido de finaliza la marcha en la	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Escuela San Pedro Claver. En dicha sede se brindó un jugo a los estudiantes para su hidratación, se le socializaron temas de interés por parte del coordinador de la institución y se agradeció a los estudiantes y a las diferentes entidades por su entrega y colaboración. Mas que a los alumnos se logró alzar la voz y dar a conocer a toda la comunidad la importancia de no encender pólvoras, especialmente en navidad y de no apagar los sueños de los niños niñas y adolescentes sometiéndolos al trabajo. En la jornada se sensibilizó a toda la comunidad y se generaron muchos aprendizajes. Al final se diligencia el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	
COMPROMISOS:	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 16/11/2022	**ALCANCE:** Afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención del trabajo infantil			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Dile NO al trabajo INFANTIL

Este impide que niños, niñas y adolescentes gocen plenamente de sus derechos y oportunidades de desarrollo

Los menores que se ven obligados a trabajar es debido a diversas causas tales como:

situaciones de pobreza, falta de acceso a la educación, niños desprotegidos o por tráfico de niños

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

QUE LO UNICO QUE SE TRABAJE SEA LA IMAGINACIÓN

En cada niño, niña y adolescente

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

CERO QUEMADOS, CERO DOLOR

Las quemaduras por pólvora o pirotecnia, ocurre por las altas temperaturas y el contacto.

La pólvora debe ser manipulada por un adulto responsable.

No almacenemos pólvora en nuestros hogares

Al manipular pólvora, hacerlo en lugares abiertos y donde no hayan muchas personas

Gobernacion de RISARALDA
Sentimiento de Todos

Evitemos quemaduras por el uso inadecuado de **POLVORA**, por una vida tranquila y segura

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 30

Realizar 60 actividades educativas sobre lactancia materna, con énfasis en las Ventajas, de la lactancia materna y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes y puérperas, (varias sesiones por persona para mejorar adherencia), por medio de actividades individuales.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a)
CANTIDAD:	60 personas
DURACION	30 Minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Registro fotografico RIPS con el CUPS I 10605

ESTA ACTIVIDAD SE REALIZO 100%

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 31

Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral. para implementar en 20 trabajadores. Actividades individuales de 60 minutos sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal.

RECURSO HUMANO	Medico(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	20 Trabajadores
DURACION	60 minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Caracterizacion diligenciada Registro fotografico RIPS con el CUPS I 10501

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 10 AL 20 de noviembre 2022	**No: 31-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterizacion de los trabajadores informales pertenecientes a la población de Pueblo Rico AFRO	
Tema: Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 20 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa		**No Páginas: 3**	
Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		SANTA CECILIA	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

DESARROLLO	OBERVACIONES
Para el desarrollo de esta actividad se inicia con la solicitud de usuario y contraseña para GOTI, una vez obtenidad se inicia con la recopilación de la nformacion de caracterización de la ficha de trabajador informal la cual se socializa el medico al auxiliar donde se le explica como diligenciarla, también se le explica los riegos que esta expuesto todo trabajador y su clasificación de acuerdo al riesgo si este es bilógico, locativo, físico, etc. Tambien se hace la socialización de la importancia de la pausa activa su duración y cada cuanto se debe hacer, al igua que se le explica las principales enfermedades laborales. Se inicia con la caracterización de 20 trabajadores informales, del muncipio de Pueblo Rico, en zona afro. Con el objetivo de desarrollar el programade salud en el entorno laboral realizar de forma presencial con 20 trabajadores informales y el plan de bienestar laboral, pausas activas y brindar al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumentar su productividad en su labor. Esta actividad se desarrolla a 20 trabajadores informales desde el 10 de noviembre al 20 de noviembre realizando la totalida de la actividad. La población intervenidad se presenta muy amable y recibe toda lainformacion, se realiza pausa activa y se enseña demás ejercicios y estiramientos propios con	

su actividad, se tiene encuenta las recomendaciones dadas. LEWIS NATES MEDICO RUBIAN QUERAGAMA AUXILIAR DE ENFERMERIA	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

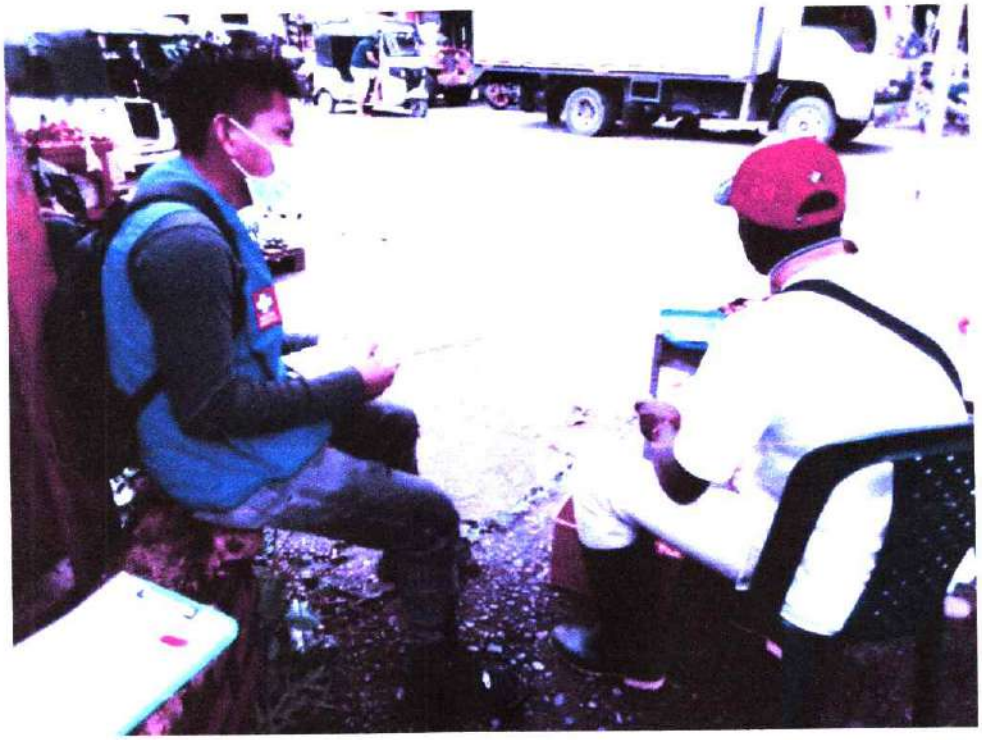
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 10 al 20 de noviembre 2022	**ALCANCE:** **AFRO**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 20 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa			
Responsable: : Médico (a) + Auxiliar Enfermería			
Lugar: SANTA CECILIA			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

1356

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [X] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 — 11 — 01

2 Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 08 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 4528480

6 (4) Primer apellido: Giraldo

7 (5) Segundo apellido: Cordoba

8 (6) Primer nombre: Diopanor

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 18602345

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1971 — 11 — 08

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia:

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3126933119

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Santa Cecilia

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación:

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio		Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No				
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 8
(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)**

Dias	0	1	2	3	4	5	6
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [X] Un salario mínimo [ ]

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS.

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 89

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 163

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 1

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 1

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [ ]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

SI la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de objetos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☒

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☒

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [X] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [X]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [X]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [X] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? SI [X] NO [ ]
(si marca NO pasar a la preg.91)

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas	X	Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina)	SI	X	NO	
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Jaimar Guatiqui Arce Diomar Giraldo Cordoba

CC: 4528480

Firma del Encuestador: [signature]

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1360

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2024 - 11 - 01

2 Hora de inicio (HH:MM): 08 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 10 : 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 4528480

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Montes

7 (5) Segundo apellido: Gonzalez

8 (6) Primer nombre: Carlos

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1080947627

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1961 - 11 - 14

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia:

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número:

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número:

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Santa Cecilia

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle principal

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 3

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 12

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Mallamas EPS

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 93

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 157

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (50) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][0]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUESTO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [X] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [X]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [X] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [X] NO [ ]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas	X	Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	X	NO	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Jaime Guatiqui Arce Carlos Montes Gonzalez
CC: 4528480
Firma del Encuestador:

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ **Número en el anexo tecnico**

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2022 — M M: 11 — D D: 01

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 10 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 11 : M M: 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Mosquera

7 (5) Segundo apellido: Rivas

8 (6) Primer nombre: Cecilia

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 35755178

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1962 — M M: 12 — D D: 23

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Ric

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [X] Número 3128116292

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación:

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Pueblo Rico

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria Incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura	X	Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 0 9

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 2

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 día marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [X] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cafe Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 60

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 153

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIÓN DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura [ ]
Luxacion [ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida [ ]
Trauma interno [ ]
Amputacion [ ]
Herida [ ]
Trauma Superficial [ ]
Golpe, contusion o aplastamiento [ ]
Quemadura [ ]
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia [ ]
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia [ ]
Asfixia [ ]
Efecto de la electricidad [ ]
Efecto nocivo de la radiacion [ ]
Lesiones múltiples [ ]
NoRegistra [ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello [ ]
Oj os [ ]
Torax [ ]
Abdomen [ ]
Miembros superiores [ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis [ ]
Manos [ ]
Miembros inferiores [ ]
Pies [ ]
Ubicaciones multiples [ ]
Lesiones generales u otras [ ]
NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Físicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [X]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [X] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [ ]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
Gafas de montura integral [ ]
Pantalla facial [ ]
Pantalla de soldadura de mano [ ]
Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
Protectores auriculares [ ]
Cascos antirruido [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas [ ]
Mascarillas autofiltrantes [ ]
Mascaras para gases [ ]
Mascaras para vapores [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex [ ]
Guantes de Neopreno [ ]
Guantes de Nitrilo [ ]
Guantes de Malla [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad [ ]
Calzado dielectrico [ ]
Botas de caucho [ ]
Calzado de trabaj c [ ]
Calzado antiestatico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga [ ]
Linea de vida [ ]
Mosquetones [ ]
Cinturon de seguridad [ ]
Casco con barbuquej o [ ]
Arnes [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos químicos líquidos [ ]
Propiedades electroestaticas [ ]
Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
Alta visibilidad [ ]
Contra el frio [ ]
Contra calor y llamas [ ]
Delantal plastico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI [X] NO [ ]

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI [X] NO [ ]

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? SI [ ] NO [X]

Nombre del Encuestado: Cecilia

CC: 25755178

Firma del Encuestador: Dubian Quevedo

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2 0 2 2] --- M M [1 1] --- D D [0 1]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [1 1] : M M [3 0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [1] : M M [0 0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Laverde

7 (5) Segundo apellido: bermudez

8 (6) Primer nombre: Narciso

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [1] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 11785969

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1 9 6 4] --- M M [1 0] --- D D [1 2]

13 (9) Sexo: Masculino [1] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [1] Número

20 (35) Tiene celular (si responde SI, escribir el número) Si [1] No [ ] Número 3128116291

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [1] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [1] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):**

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 9

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Días

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmet Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 63

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 166

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca Si diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ Medios de transporte ☐ NoRegistra ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ Atrapamiento ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ Pisadas, choques o golpes ☐

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ Exposicion o contacto con la electricidad ☐ NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Días ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Físicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☒ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☐

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	X

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	X	NO	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI [X] NO [ ]

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI [X] NO [ ]

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? SI [ ] NO [X]

Nombre del Encuestado: Narciso

CC: 17695969

Firma del Encuestador: Rubian Quevedo MC

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1372

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? (El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO) Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 — 11 — 01

2 Hora de inicio (HH:MM): 09 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 13 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: gomez

7 (5) Segundo apellido: acosta

8 (6) Primer nombre: gilberto

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [4] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1093535310

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1990 — 02 — 13

13 (9) Sexo: Masculino [4] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [4] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza principal

18 (12) Dirección residencia: santa cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [4] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [ ] Número 3202823510

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [4] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [ ] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [4] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria Incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria Incompleta		Universitario Incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):**

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural	X	Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	X
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 15

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [1]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? (si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [1] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? medimas

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? (si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? (Valor mayor a 0, sin decimales) Kg [6 2]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? (Los valores mayor a 80 y menor a 220 centimetros.) cm [1 7 2]

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57) SI [1] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Días [2]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [4]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60) SI [ ] NO [1]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62) SI [ ] NO [1]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (si marco NO pasar a la pregunta 64) SI [ ] NO [1]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? (si marco NO pasar a la pregunta 66) SI [1] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [1] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☐ NO ☐

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☐ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI ☐	NO ☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI ☐	NO ☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI ☐	NO ☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI ☐	NO ☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ Medios de transporte ☐ NoRegistra ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ Atrapamiento ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ Pisadas, choques o golpes ☐

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ Exposicion o contacto con la electricidad ☐ NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Droguería ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no Ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj ı ☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☒
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☒

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,Infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	X	NO	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI [X] NO [ ]

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI [X] NO [ ]

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? SI [ ] NO [X]

Nombre del Encuestado: Gilberto
CC: 109.35.35.310
Firma del Encuestador: Rubian Quevedo

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑ Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 2022 — 11 — 01

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 13 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 15 : 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1088372861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: MOSQUERA

7 (5) Segundo apellido: VELASQUEZ

8 (6) Primer nombre: MALORY

9 (7) Segundo nombre: MAISURY

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1093534556

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 1988 — 07 — 21

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: CALLE PRINCIPAL

18 (12) Dirección residencia: SANTA CECILIA

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3154226787

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: CALLE PRINCIPAL

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: SANTA CECILIA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál? _____

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico	X	Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 04

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 02

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (Responder si la pregunta 34 marco desplazado)

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro	X		

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	X
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	✓	No		39,4) Gas	Si		No ✓
39,2 (32) Acueducto	Si	✓	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	✓				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si ✓ No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 05

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0) Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (Si es menor a 1 día marque 0)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [✓] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET – SALUD

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [✓]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 78

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 156

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☒ NO ☐

68 (52) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☒ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	☐	NO	☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	☐	NO	☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	☐	NO	☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	☐	NO	☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Días ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☐

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☐
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antiruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj r		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento					

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	X	NO	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI [X] NO [ ]

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI [X] NO [ ]

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? SI [ ] NO [X]

Nombre del Encuestado: Maiyis Mayor

CC: 1092534556

Firma del Encuestador: Ruben Quevedo

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** SI [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2][0][2][2] — M M [0][3] — D D [0][2]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0][3] : M M [0][0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [0][8] : M M [3][0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: LOPEZ

7 (5) Segundo apellido: ZAPATA

8 (6) Primer nombre: JULIAN

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 13518807

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1][9][8][5] — M M [0][9] — D D [1][4]

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: CALLE PRINCIPAL

18 (12) Dirección residencia: SANTA CECILIA

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3188712572

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: CALLE PRINCIPAL

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: SANTA CECILIA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta	X		
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 05

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 02

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	X
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No X
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 13

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [X] Subsidiado [ ] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET-SALUD

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[X]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 93

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 184

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☒ NO ☐

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☒ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	☐	NO	☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	☐	NO	☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	☐	NO	☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	☐	NO	☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de objetos ☐ | Atrapamiento ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		**Gafas de montura integral**		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		**Pantalla de soldadura de mano**			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		**Protectores auriculares**		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		**Cascos antiruido**		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj (		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	X	NO	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Julian
CC: 15518807
Firma del Encuestador: Rubian Quetagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico
↑
Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 — 11 — 02

2 Hora de inicio (HH:MM): 08 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 10 : 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Mosquera

7 (5) Segundo apellido: Mosquera

8 (6) Primer nombre: Orlando

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [+] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 4815719

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1970 — 08 — 17

13 (9) Sexo: Masculino [+] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [+] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Calle Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [+] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [+] No [ ] Número 3122761136

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [+] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [+] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [+] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario Incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 4

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 1

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (**Responder si la pregunta 34 marco desplazado**)

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante	X	Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(**de 0 a 24 horas**) (**Si es menor a 1 hora, escriba 0**) Horas 10

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (**Si es menor a 1 dia marque 0**) Dias

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [X] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS

50 (46) ¿Se encuentra afillado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 90

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 171

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [ ] NO [X]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONOMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [ ] NO [X]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [ ] NO [X]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PÚBLICO BIEN - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Medios de transporte ☐
- NoRegistra ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caldas de personas ☐
- Caldas de obj etos ☐
- Atrapamiento ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [x] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [x] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [x] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [x]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [x] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [x]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [x]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI		NO	X
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI		NO	X

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI		NO	+
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	+	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	+

Nombre del Encuestado: Jerardo
CC: 4815719
Firma del Encuestador: Rubian Quetagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** SI [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2022] --- M M [11] --- D D [02]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [10] : M M [00]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [11] : M M [30]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093[illegible]2861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Montes

7 (5) Segundo apellido: Abudelo

8 (6) Primer nombre: Oscar Clavet

9 (7) Segundo nombre: Mario

10 (2) Tipo documento: CC [ ] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 10092550 / 1094 550

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1969] --- M M [06] --- D D [08]

13 (9) Sexo: Masculino [+] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [+] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda:

18 (12) Dirección residencia:

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [+] Número:

20 (35) Tiene celular (si responde SI, escribir el número): Si [+] No [ ] Número: 3127671950

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [+] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio:

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [+] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [+] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (**Responder si la pregunta 34 marco desplazado**)

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante	X	Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 26
(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(**de 0 a 24 horas**) (**Si es menor a 1 hora, escriba 0**) Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (**Si es menor a 1 día marque 0**)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO – RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [1] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [1]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [1] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [1] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmet Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 64

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centimetros.)** cm 159

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [1]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [1]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [1]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [1] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [1] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos		Medios de transporte		NoRegistra	
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios		Materiales o sustancias incluye las radiaciones		Agentes no clasificados	
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles		Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caídas de personas		Caidas de obj etos		Atrapamiento	
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		Pisadas, choques o golpes			
Exposicion o contacto con temperatura extrema		Exposicion o contacto con la electricidad		NoRegistra	

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe SI NO

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento Falta de tiempo Poca importancia NoRegistra

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia Conocido Drogueria Hospital NoRestra

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital Puesto de salud Farmacia Consultorio particular
Curandero Usted mismo o familiar Ninguno

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales Empresa Prestadora de Servicios de Salud
El trabaj ador o la familia Otro NoRegistro

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI NO

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI NO

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial Motriz Mental NoRegistro

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [X]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [X] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [ ]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	X
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI		NO	X
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI		NO	X

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI		NO	✓
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	✓	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	✓	NO	

Nombre del Encuestado: Clare
CC: 10093550
Firma del Encuestador: Rubian Quevagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 2022 — 11 — 02

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 12 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 1 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Mosquera

7 (5) Segundo apellido: Mena

8 (6) Primer nombre: Maria

9 (7) Segundo nombre: Marcela

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1093186387

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y — M M — D D: 1969 — 10 — 10

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Calle Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3206965163

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 6

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante	X	Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ]

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 6

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 día marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [X] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cafe Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 90

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 160

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 3

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 6

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☐ NO ☒

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☐ NO ☒

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	☐	NO	☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	☐	NO	☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	☐	NO	☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	☐	NO	☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☒
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☒ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☒

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	X
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	X
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI		NO	X

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI		NO	X
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: María Marcelino
CC: 1093196387
Firma del Encuestador: Rubion Quiroga mc

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1396

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2 0 2 2] --- M M [1 1] --- D D [0 2]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [1 1] : M M [3 0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [1 3] : M M [0 0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Risco

7 (5) Segundo apellido: Cortes

8 (6) Primer nombre: Maici

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 25001618

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1 9 8 8] --- M M [1 2] --- D D [1 4]

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Cinta

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3195102353

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Cinta

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno			
Primaria completa		Tecnológo		No Registra			
Secundaria incompleta		Universitario incompleta					
Secundaria completa		Universitario completa					

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si X No

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 11

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 11

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (Responder si la pregunta 34 marco desplazado)

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	No
39,2 (32) Acueducto	Si	/	No				
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si No X

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 45

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0) Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (Si es menor a 1 dia marque 0)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [X] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmet Salud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 59

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 152

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Días [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca Importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☒
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☒

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☒

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o carhucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
Gafas de montura integral [ ]
Pantalla facial [ ]
Pantalla de soldadura de mano [ ]
Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
Protectores auriculares [ ]
Cascos antirruido [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas [ ]
Mascarillas autofiltrantes [ ]
Mascaras para gases [ ]
Mascaras para vapores [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex [ ]
Guantes de Neopreno [ ]
Guantes de Nitrilo [ ]
Guantes de Malla [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad [ ]
Calzado dielectrico [ ]
Botas de caucho [ ]
Calzado de trabaj [ ]
Calzado antiestatico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga [ ]
Linea de vida [ ]
Mosquetones [ ]
Cinturon de seguridad [ ]
Casco con barbuquej o [ ]
Ames [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos [ ]
Propiedades electroestaticas [ ]
Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
Alta visibilidad [ ]
Contra el frio [ ]
Contra calor y llamas [ ]
Delantal plastico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Maria Kisana
CC: 25001618
Firma del Encuestador: Rubion Quekagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIóN DE LA POBLACIóN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1420

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2022] --- M M [11] --- D D [02]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [13] : M M [00]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [14] : M M [30]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: [1093532861]

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: [Valencia]

7 (5) Segundo apellido: [De Pava]

8 (6) Primer nombre: [Margarita]

9 (7) Segundo nombre: [ ]

10 (2) Tipo documento
CC [1] CE [ ] CD [ ] DE [ ]
PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: [30340813]

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1954] --- M M [06] --- D D [22]

13 (9) Sexo Masculino [ ] Femenino [1]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: [Risaralda]

15 (10) Municipio de residencia: [Pueblo Rico]

16 (11) Zona de Residencia
Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: [Cinta]

18 (12) Dirección residencia: [Sta cecilia]

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [ ] Número [ ]

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [1] No [ ] Número [3168605577]

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: [Risaralda]

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: [Pueblo Rico]

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación
Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: [Cinta]

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: [Sta cecilia]

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?
Si [ ] No [1] Cuál? [ ]

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente?
Casado [ ] Viudo / Separado [1] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ]
Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario Incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 00

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 00

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	SI		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 02

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [X] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? medimas

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 60

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 156

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj ♦**si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ Medios de transporte ☐ NoRegistra ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ Atrapamiento ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ Pisadas, choques o golpes ☐

Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ Exposicion o contacto con la electricidad ☐ NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [X]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	X
		Pantalla facial		NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	X
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabaj o		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquej o		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra.el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento					

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI		NO	X
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI		NO	X

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Margarita
CC: 30.340.413
Firma del Encuestador: Rubiela Restrepo

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1421

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2 0 2 2] — M M [1 1] — D D [0 3]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [0 9] : M M [3 0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [1 1] : M M [0 0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1053532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Bolaños

7 (5) Segundo apellido: Moreno

8 (6) Primer nombre: Andy

9 (7) Segundo nombre: Damian

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1193410545

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1 9 9 3] — M M [0 7] — D D [3 1]

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3137009905

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [ ] Cuál? _____

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico	X	Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria Incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 11

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 11

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (Responder si la pregunta 34 marco desplazado)

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 11

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0) Horas 14

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (Si es menor a 1 dia marque 0)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	7
								X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [1] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [1] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? medimas

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 66

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 174

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [1] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Días 03

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [1] NO [ ]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [1] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [1] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [1]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [1] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [1] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca Si responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [X]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [X]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles ☐
Gafas de montura integral ☐
Pantalla facial ☐
Pantalla de soldadura de mano ☐
Pantalla de soldadura de cabeza ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras ☐
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable ☐
Protectores auriculares ☐
Cascos antirruido ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas ☐
Mascarillas autofiltrantes ☐
Mascaras para gases ☐
Mascaras para vapores ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex ☐
Guantes de Neopreno ☐
Guantes de Nitrilo ☐
Guantes de Malla ☐
Ninguno ☐
NoRegistro ☐

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad ☐
Calzado dielectrico ☐
Botas de caucho ☐
Calzado de trabaj ☐
Calzado antiestatico ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga ☐
Linea de vida ☐
Mosquetones ☐
Cinturon de seguridad ☐
Casco con barbuquej o ☐
Arnes ☐
Ninguno ☐
NoRegistro ☐

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos ☐
Propiedades electroestaticas ☐
Soldeo y tecnicas conexas. ☐
Alta visibilidad ☐
Contra el frio ☐
Contra calor y llamas ☐
Delantal plastico ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☐ NO ☐

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☐

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☐

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☐

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☐ NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI ☐ NO ☐

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Aolly Damaris
CC: 1193410545
Firma del Encuestador: Ruben Quesgame

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2 0 2 2] — M M [1 1] — D D [0 3]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [8] : M M [0 0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [9] : M M [3 0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093572861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Mosquera

7 (5) Segundo apellido: Gomes

8 (6) Primer nombre: Manuel

9 (7) Segundo nombre: Francisco

10 (2) Tipo documento: CC [4] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1193510161

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [S 9] — M M [0 1] — D D [0 6]

13 (9) Sexo: Masculino [4] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [4] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Calle Central

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [4] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3126576219

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [4] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle Central

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [4] Cuál? _____

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 6

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia	X						

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si	No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No				
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No				

40 (35) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 08

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 15

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	3	4	5	6	7
							X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [X] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dasalud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 80

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centimetros.)** cm 161

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos dias a la semana lo practica? Dias 1

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 2

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☑ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☑ NO ☐

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☑ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	☐	NO	☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	☐	NO	☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	☐	NO	☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	☐	NO	☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

- Maquinas y/o equipos ☐
- Medios de transporte ☐
- NoRegistra ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Atrapamiento ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- NoRegistra ☐
- Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [A] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [A]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [X]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [A] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [A]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [A]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO – RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles ☐
Gafas de montura integral ☐
Pantalla facial ☐
Pantalla de soldadura de mano ☐
Pantalla de soldadura de cabeza ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras ☐
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable ☐
Protectores auriculares ☐
Cascos antirruido ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas ☐
Mascarillas autofiltrantes ☐
Mascaras para gases ☐
Mascaras para vapores ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex ☐
Guantes de Neopreno ☐
Guantes de Nitrilo ☐
Guantes de Malla ☐
Ninguno ☐
NoRegistro ☐

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad ☐
Calzado dielectrico ☐
Botas de caucho ☐
Calzado de trabaj o ☐
Calzado antiestatico ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga ☐
Linea de vida ☐
Mosquetones ☐
Cinturon de seguridad ☐
Casco con barbuquej o ☐
Arnes ☐
Ninguno ☐
NoRegistro ☐

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos ☐
Propiedades electroestaticas ☐
Soldeo y tecnicas conexas. ☐
Alta visibilidad ☐
Contra el frio ☐
Contra calor y llamas ☐
Delantal plastico ☐
Ninguno ☐
NoRegistra ☐

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI ☒ NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☒ NO ☐

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☒

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☐ NO ☒

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☒ NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI ☒ NO ☐

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	1	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	1	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	2

Nombre del Encuestado: manuel francisco
CC: 1193510161
Firma del Encuestador: Rubian Quintero M.

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2022] --- M M [11] --- D D [03]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [11] : M M [00]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [12] : M M [30]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1063532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Bandola

7 (5) Segundo apellido: Akilay

8 (6) Primer nombre: Paola

9 (7) Segundo nombre: Andrea

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1088237002

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1986] --- M M [01] --- D D [11]

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [ ] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3218747879

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál? _____

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico	X	Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Minerla		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesanía	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ]
(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 09

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Días

0	1	2	3	4	5	6	7
		X					

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [X] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? medimas

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 68

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 159

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUESTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [+] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [+] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [+] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meseS? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78) No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?(si marco NO pasar a la preg.85) SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? (si marco NO pasar a la preg.87) SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Físicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristícas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☒

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☒

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☒

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles ☐
Gafas de montura integral ☐
Pantalla facial ☐
Pantalla de soldadura de mano ☐
Pantalla de soldadura de cabeza ☐
Ninguno X
NoRegistra ☐

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras ☐
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable ☐
Protectores auriculares ☐
Cascos antiruido ☐
Ninguno X
NoRegistra ☐

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas ☐
Mascarillas autofiltrantes ☐
Mascaras para gases ☐
Mascaras para vapores ☐
Ninguno X
NoRegistra ☐

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex ☐
Guantes de Neopreno ☐
Guantes de Nitrilo ☐
Guantes de Malla ☐
Ninguno X
NoRegistro ☐

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad ☐
Calzado dielectrico ☐
Botas de caucho ☐
Calzado de trabaj ☐
Calzado antiestatico ☐
Ninguno X
NoRegistra ☐

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga ☐
Linea de vida ☐
Mosquetones ☐
Cinturon de seguridad ☐
Casco con barbuquej o ☐
Arnes ☐
Ninguno X
NoRegistro ☐

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos ☐
Propiedades electroestaticas ☐
Soldeo y tecnicas conexas. ☐
Alta visibilidad ☐
Contra el frio ☐
Contra calor y llamas ☐
Delantal plastico ☐
Ninguno Y
NoRegistra ☐

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI X NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI X NO ☐

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO ☐

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO ☐

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO ☐

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI X NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI X NO ☐

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	1	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	1	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	1

Nombre del Encuestado: Paola andrea
CC: 1088237002
Firma del Encuestador: Rubiana Quiceno

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2021] --- M M [11] --- D D [02]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [11] : M M [00]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [12] : M M [30]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1092538261

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Casio

7 (5) Segundo apellido: Cuevas

8 (6) Primer nombre: Dally

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [ ] CE [X] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1088278639

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1994] --- M M [12] --- D D [21]

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X]

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3137084390

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [ ] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01
Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa
Técnico
Tecnológo
Universitario incompleta
Universitario completa
Ninguno
No Registra

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si No

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?
Con nadie
Con el cónyugue
Con otros
No Registra

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):**

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):**

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?
Indigena
ROM
Otro
Afro colombiano
NoRegistro
¿Cuál?
LGBTI
Raizal
Negro
Mestizo

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?
Desplazado
Desmovilizado
Ninguno
NoRegistra

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**
Violencia sociopolitica
Desastre natural
Cambio climatico
Otro
NoRegistra

DATOS SOCIO ECONOMICOS

) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
gricultura
nercio
sporte
cia
Ganaderia
Manufactura
Pesca
Mineria
Construccion
Metalmecanica
Silvicultura
ServicioDomestico
Artesanía

io u ocupación lo realiza de manera:
e
Semiestacionaria
Estacionaria
NoRegistra

onde desarrolla su oficio u ocupación es:
Familiar
Usufructo u ocupación de hecho

siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?
Si No 39,4) Gas Si No
Si No
Si No

o de los productos (bienes y/o servicios) ejerciendo su oficio u ocupación?
Si No

año, escriba 0 en años) Años

e realiza su oficio u ocupación?
Nocturna
Mixta
NoRegistra

a? (de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)
ana? (Si es menor a 1 dia marque 0)
Días 0 1 2 3 4 5 6
Horas

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [X] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Saludtotal

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 60

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 153

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☑ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☒ NO ☐

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☒ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI ☐	NO ☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI ☐	NO ☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI ☐	NO ☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI ☐	NO ☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	☐	Quemadura	☐
Luxacion	☐	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	☐
Trauma interno	☐	Asfixia	☐
Amputacion	☐	Efecto de la electricidad	☐
Herida	☐	Efecto nocivo de la radiacion	☐
Trauma Superficial	☐	Lesiones múltiples	☐
Golpe, contusion o aplastamiento	☐	NoRegistra	☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	☐	Manos	☐
Oj os	☐	Miembros Inferiores	☐
Torax	☐	Pies	☐
Abdomen	☐	Ubicaciones multiples	☐
Miembros superiores	☐	Lesiones generales u otras	☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	☐	NoRegistra	☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caídas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Orogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ | Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ | Otro ☐ | NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [X]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [X] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [X] NO [ ]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
Gafas de montura integral [ ]
Pantalla facial [ ]
Pantalla de soldadura de mano [ ]
Pantaila de soldadura de cabeza [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
Protectores auriculares [ ]
Cascos antirruido [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas [ ]
Mascarillas autofiltrantes [ ]
Mascaras para gases [ ]
Mascaras para vapores [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex [ ]
Guantes de Neopreno [ ]
Guantes de Nitrilo [ ]
Guantes de Malla [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad [ ]
Calzado dielectrico [ ]
Botas de caucho [ ]
Calzado de.trabaj r [ ]
Calzado antiestatico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga [ ]
Linea de vida [ ]
Mosquetones [ ]
Cinturon de seguridad [ ]
Casco con barbuquej o [ ]
Arnes [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos [ ]
Propiedades electroestaticas [ ]
Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
Alta visibilidad [ ]
Contra el frio [ ]
Contra calor y llamas [ ]
Delantal plastico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Dolly

CC: 1088 278629

Firma del Encuestador: Rubiar Restrepo mc

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del Instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 — 11 — 03

2 Hora de inicio (HH:MM): 12 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 14 : 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093533861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Matuana

7 (5) Segundo apellido: Bordeba

8 (6) Primer nombre: Rubiel

9 (7) Segundo nombre: Antonio

10 (2) Tipo documento: CC [1] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 4.251188

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1965 — 10 — 20

13 (9) Sexo: Masculino [1] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Calle Principal

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [1] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [1] No [ ] Número 3165118598

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [1] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [1] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [1] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta	X	Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano	X	LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra
Desastre natural		Otro		

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante	X	Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia	X	Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 20

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna		Nocturna		Mixta	X	NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 día marque 0)**

Dias	0	1	2	3	4	5	6	7
								X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [X] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? medimás

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 95

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 175

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Días [ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [ ] NO [X]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [X]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [x] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [x] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [x] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma Interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Oj os	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [X]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

- Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
- Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
- Gafas de montura integral [ ]
- Pantalla facial [ ]
- Pantalla de soldadura de mano [ ]
- Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
- Ninguno [4]
- NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antiruido [ ]
- Ninguno [7]
- NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [7]
- NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj o [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [7]
- NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [7]
- NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

- Contra productos quimicos liquidos [ ]
- Propiedades electroestaticas [ ]
- Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
- Alta visibilidad [ ]
- Contra el frio [ ]
- Contra calor y llamas [ ]
- Delantal plastico [ ]
- Ninguno [7]
- NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [7] NO [ ]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [ ] NO [X]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI		NO	1
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	1	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	1

Nombre del Encuestado: Rubiel Gaboria
CC: 4.351188
Firma del Encuestador: Rubiel Quetegoma

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1424

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? (El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO) Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y 2 0 2 2 --- M M 1 1 --- D D 0 4

2 Hora de inicio (HH:MM): H H 8 : M M 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM): H H 9 : M M 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: besetta

7 (5) Segundo apellido: Ramirez

8 (6) Primer nombre: silvia

9 (7) Segundo nombre: elena

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 25001374

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y 1 9 8 2 --- M M 0 4 --- D D 0 2

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: calle brisa del san juan

18 (12) Dirección residencia:

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número): Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3147321920

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: santa cecilia

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 3

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 2

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (**Responder si la pregunta 34 marco desplazado**)

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

(**Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años**)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(**de 0 a 24 horas**) (**Si es menor a 1 hora, escriba 0**) Horas 6

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (**Si es menor a 1 dia marque 0**)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	7
					X			

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?
Menos de un salario mínimo [X] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**
No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?
Contributivo [X] Subsidiado [ ] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es
Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**
No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 61

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 150

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Días 3

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 5

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?
Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?
marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?
Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☐ NO ☒

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☐ NO ☒

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por: Cantidad ☐☐☐

73,1 (67) Un accidente de origen común SI ☐ NO ☐

73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)** SI ☐ NO ☐

73,4 (69) Una enfermedad de origen común SI ☐ NO ☐

73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional SI ☐ NO ☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

- Fractura ☐
- Luxacion ☐
- Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐
- Trauma interno ☐
- Amputacion ☐
- Herida ☐
- Trauma Superficial ☐
- Golpe, contusion o aplastamiento ☐
- Quemadura ☐
- Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
- Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
- Asfixia ☐
- Efecto de la electricidad ☐
- Efecto nocivo de la radiacion ☐
- Lesiones múltiples ☐
- NoRegistra ☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

- Cabeza y cuello ☐
- Ojos ☐
- Torax ☐
- Abdomen ☐
- Miembros superiores ☐
- Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐
- Manos ☐
- Miembros inferiores ☐
- Pies ☐
- Ubicaciones multiples ☐
- Lesiones generales u otras ☐
- NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ | Falta de tiempo ☐ | Poca importancia ☐ | NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ | Conocido ☐ | Drogueria ☐ | Hospital ☐ | NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ | Puesto de salud ☐ | Farmacia ☐ | Consultorio particular ☐
Curandero ☐ | Usted mismo o familiar ☐ | Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos dias dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ | Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ | Otro ☐ | NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ | Motriz ☐ | Mental ☐ | NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☑ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**
Ruido ☑ Iluminacion ☑ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**
Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj ☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**
Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☑ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**
Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**
Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☑ Postura ☑ Ninguno ☐
Esfuerzo ☑ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**
Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**
Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☑ NO ☐

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**
Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☑
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

- Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
- Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
- Gafas de montura integral [ ]
- Pantalla facial [ ]
- Pantalla de soldadura de mano [ ]
- Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antiruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj o [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

- Contra productos quimicos liquidos [ ]
- Propiedades electroestaticas [ ]
- Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
- Alta visibilidad [ ]
- Contra el frio [ ]
- Contra calor y llamas [ ]
- Delantal plastico [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]
- Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [ ]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Silvia
CC: 1600 1374
Firma del Encuestador: Rubian Rodriguez

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022-11-09

2 Hora de inicio (HH:MM): 09:30

3 Hora de finalización (HH:MM): 11:00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Muñoz

7 (5) Segundo apellido: Calderon

8 (6) Primer nombre: Hoover

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 18603034

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1977-01-01

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número:

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número: 3155669011

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio:

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario Incompleta			
Secundaria completa	X	Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? (si no tiene poner 0): 27

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?(si no tiene poner 0): 17

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado	X	Desmovilizado		Ninguno		NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? (Responder si la pregunta 34 marco desplazado)

Violencia sociopolitica	X	Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio	X	Manufactura		Construccion		ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria		Estacionaria	X	NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada	X	Usufructo u ocupación de hecho	

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si	X	No		39,4) Gas	Si		No
39,2 (32) Acueducto	Si	X	No					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	X	No					

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0) Horas 15

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? (Si es menor a 1 dia marque 0)

Dias	0	1	2	3	4	5	6	X

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coosalud

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 47

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 173

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 02

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 02

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [ ] NO [X]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? Cantidad [ ][ ][1]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI [1]	NO [ ]
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI [ ]	NO [ ]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI [ ]	NO [ ]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI [ ]	NO [ ]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

- Fractura [ ]
- Luxacion [ ]
- Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida [ ]
- Trauma Interno [ ]
- Amputacion [ ]
- Herida [ ]
- Trauma Superficial [ ]
- Golpe, contusion o aplastamiento [ ]
- Quemadura [ ]
- Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia [ ]
- Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia [ ]
- Asfixia [ ]
- Efecto de la electricidad [ ]
- Efecto nocivo de la radiacion [ ]
- Lesiones múltiples [ ]
- NoRegistra [ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

- Cabeza y cuello [ ]
- Oj os [ ]
- Torax [ ]
- Abdomen [ ]
- Miembros superiores [ ]
- Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis [ ]
- Manos [ ]
- Miembros inferiores [ ]
- Pies [ ]
- Ubicaciones multiples [ ]
- Lesiones generales u otras [ ]
- NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos dias dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ | Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ | Otro ☐ | NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [X]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [ ] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [X]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [ ] Ningunos [ ] No Registro [ ]

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales [ ] Sombrero [ ] Gorro o cachucha [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
Gafas de montura integral [ ]
Pantalla facial [ ]
Pantalla de soldadura de mano [ ]
Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
Protectores auriculares [ ]
Cascos antiruido [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas [ ]
Mascarillas autofiltrantes [ ]
Mascaras para gases [ ]
Mascaras para vapores [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex [ ]
Guantes de Neopreno [ ]
Guantes de Nitrilo [ ]
Guantes de Malla [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad [ ]
Calzado dielectrico [ ]
Botas de caucho [ ]
Calzado de trabaj o [ ]
Calzado antiestatico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga [ ]
Linea de vida [ ]
Mosquetones [ ]
Cinturon de seguridad [ ]
Casco con barbuquej o [ ]
Arnes [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos [ ]
Propiedades electroestaticas [ ]
Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
Alta visibilidad [ ]
Contra el frio [ ]
Contra calor y llamas [ ]
Delantal plastico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Huelsey
CC: 1860303H
Firma del Encuestador: Rubian Quetagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIóN DE LA POBLACIóN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 - 11 - 09

2 Hora de inicio (HH:MM): 11 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 12 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1088532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Mosquera

7 (5) Segundo apellido: Escarpeta

8 (6) Primer nombre: Damaris

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [+] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1193223634

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1998 - 01 - 20

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [+]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [+] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia: Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [+] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [x] No [ ] Número 3185718762

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [+] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [+] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta [ ] Técnico [ ] Ninguno [ ]
Primaria completa [ ] Tecnológo [ ] No Registra [ ]
Secundaria Incompleta [ ] Universitario incompleta [ ]
Secundaria completa [ ] Universitario completa [X]

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie [ ] Con otros [ ]
Con el cónyugue [X] No Registra [ ]

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):**

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 21

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena [ ] Afro colombiano [X] LGBTI [ ] Negro [ ]
ROM [ ] NoRegistro [ ] Raizal [ ] Mestizo [ ]
Otro [ ] ¿Cuál?

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado [X] Desmovilizado [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica [X] Cambio climatico . [ ] NoRegistra [ ]
Desastre natural [ ] Otro [ ]

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura [ ] Ganaderia [ ] Mineria [ ] Silvicultura [ ]
Comercio [X] Manufactura [ ] Construccion [ ] ServicioDomestico [ ]
Transporte [ ] Pesca [ ] Metalmecanica [ ] Artesania [ ]
Vigilancia [ ]

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante [ ] Semiestacionaria [ ] Estacionaria [X] NoRegistra [ ]

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia [ ] Familiar [ ]
Arrendada [X] Usufructo u ocupación de hecho [ ]

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia Si [X] No [ ]
39,2 (32) Acueducto Si [X] No [ ]
39,3 (33) Alcantarillado Si [X] No [ ]
39,4) Gas Si [ ] No [ ]

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 05
(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna [X] Nocturna [ ] Mixta [ ] NoRegistra [ ]

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)**

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 día marque 0)**

Dias	0	1	2	3	4	5	6
Horas							X

13

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud total

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 70

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 155

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [X] NO [ ]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 3

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 6

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI ☐ NO ☐

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI ☐ NO ☐

Si la preg. 67 O la preg.68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad ☐☐

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? Cantidad ☐☐☐

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI ☐	NO ☐
73,2 (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI ☐	NO ☐
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI ☐	NO ☐
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI ☐	NO ☐

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

- Fractura ☐
- Luxacion ☐
- Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐
- Trauma interno ☐
- Amputacion ☐
- Herida ☐
- Trauma Superficial ☐
- Golpe, contusion o aplastamiento ☐
- Quemadura ☐
- Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
- Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
- Asfixia ☐
- Efecto de la electricidad ☐
- Efecto nocivo de la radiacion ☐
- Lesiones múltiples ☐
- NoRegistra ☐

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

- Cabeza y cuello ☐
- Oj os ☐
- Torax ☐
- Abdomen ☐
- Miembros superiores ☐
- Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐
- Manos ☐
- Miembros inferiores ☐
- Pies ☐
- Ubicaciones multiples ☐
- Lesiones generales u otras ☐
- NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos ☐ | Medios de transporte ☐ | NoRegistra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐ | Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐ | Exposicion o contacto con la electricidad ☐ | NoRegistra ☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg.78)** No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐
Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

81 (78) ¿Cuántos dias dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias ☐

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**
Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? **(si marco NO pasar a la preg.85)** SI ☐ NO ☐

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI ☐ NO ☐

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?
Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido ☒ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabaj o ☐ Caracteristicas del grupo social de trabaj o ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabaj (☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ NoRegistra ☐

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐
Accidentes de transito ☐ Trabaj o en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐
Ninguno ☒
NoRegistra ☐

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos ☐ Fibras ☐ Liquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☒

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundacion ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☒ No Registro ☐

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI ☐ NO ☒

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de proteccion para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo ☐ NoRegistra ☐

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
Gafas de montura integral [ ]
Pantalla facial [ ]
Pantalla de soldadura de mano [ ]
Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orej eras [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
Protectores auriculares [ ]
Cascos antirruido [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas [ ]
Mascarillas autofiltrantes [ ]
Mascaras para gases [ ]
Mascaras para vapores [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex [ ]
Guantes de Neopreno [ ]
Guantes de Nitrilo [ ]
Guantes de Malla [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad [ ]
Calzado dielectrico [ ]
Botas de caucho [ ]
Calzado de trabaj [ ]
Calzado antiestatico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga [ ]
Linea de vida [ ]
Mosquetones [ ]
Cinturon de seguridad [ ]
Casco con barbuquej o [ ]
Arnes [ ]
Ninguno [X]
NoRegistro [ ]

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos [ ]
Propiedades electroestaticas [ ]
Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
Alta visibilidad [ ]
Contra el frio [ ]
Contra calor y llamas [ ]
Delantal plastico [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento [ ]

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI [X] NO [ ]

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI [X] NO [ ]

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI [X] NO [ ]

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI [X] NO [ ]

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? SI [X] NO [ ]

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? SI [X] NO [ ]

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? SI [ ] NO [X]

Nombre del Encuestado: Damaris

CC: 1193223634

Firma del Encuestador: Rubian Quetagama

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TRABAJADOR INFORMAL +31
FECHA: 10 NOV-17
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COOP IIOSO1

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jurado

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REMITIDOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	AUTORIZO EL USO DE DATOS NO
1	CC	30340413	Margarita Valencia	68	X	X					X					X											X				Medimas	Barrio Sinto	22/06/1954 316860 5577	X		Margarita Valencia	X	
2	CC	25001618	Marciquiseño Cortes	34	X	X		X			X					X											↗				Asese Salud	Barrio Sinto	14/12/1988 319510 2353	X		Marg	X	
3	CC	1088278689	darly cocio guenon	27		X					X																X				Ag Salud	Plaza Principal	1/12/1995 3157084393	X			X	
4	CC	1193410545	Andy Damary cordoba	27		X					X																				medimas	Plaza Principal	31/07/1995 3147009900	X		Ang P.Mc	X	
5	CC	1088237002	Paola Andrea Cordoba	36		X					X																				medimas	Plaza Principal	11/01/1986 321 6186879	X		Paola A cordoba	X	
6	CC	19554461	Francisco Mosqueda	63	X				X		X																		X		Dasalud	Plaza Principal	06/01/1959 3136576219	XX			X	
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	NP. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIONES)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	COM DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER GRIEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISION DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TRABAJADOR INFORMAL #31
FECHA: 27-NOV-17
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD I 10501

ENTORNO: APRU
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Juan

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25001374	Silvia Elena beserro	40		X					X						X												X	Nueva EPS	Calle Brisa del San Juan Plaza principal	02/04/1982	X		Silvia Becerra	X	
2	CC	18603034	Huberney muños ca.	45	X				X		X						X											X		Co salud	Plaza principal Cafeteria Andez	04/01/1977 3155664011	X		Huber Muñoz	X	
3	CC	4351188	Rubiano Antonio Naterano	68	X						X																			Leimas	Plaza Principal	24/10/1954 3165208598	X		Rubiel M.	X	
4	CC	4815719	Gerardo Mosquera	52	X				X		X						X											X		Nueva EPS	Plaza Principal	17/08/1970 3122761136	X		Gerardo Mos	X	
5	CC	10093550	Claret Monte Agudelo	63	X						X						X		10094550											Asme salud	Plaza Principal	8/05/1959 3127741950	X		Claret Montes		
6	CC	1023186387	Maria Marcelina Mosquera	53		X			X		X																			Café salud	Plaza principal	10/10/1969 3206965165	X		Marcelina.	X	
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA								ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SI-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLORICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL f31
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENCUESTA TRABAJADOR INFORMAL. A1
FECHA: 28-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD 10501

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jaime

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)															PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS						U	R		SI	NO
1	CC	1086923 9145	DioPano+ Giraldo	51	X													X															nueva eps	Plaza Principal	08-11-1971 3126933191	X		diaPano	X	
2	CC	1088447 62	Carlos montes G.	61	X													X															nueva eps	Plaza Principal	1961-11-14	X		Carlos M.	X	
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA								ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CONDICIÓN DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1437

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TRABAJADOR INFORMAL +31
FECHA: NOVIE-22 20 NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD# I10501

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubian Quenguzz

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	M GRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1093535340	Gilberto Gomez A.		X				X		X						X		1093535340												cafe salud	plaza principal	17/2/1990 3288183710	X		Gilberto G	X	
2	CC	11085969	Narciso Yoreda		X				X		X																				medimás	Plaza principal		X		NArciso	X	
3	CC	35755118	cecilia mosqueda R			X			X		X																				cafe salud	Plaza Principal	23/12/1962	X		cecilia mo	X	
4	CC	1193223634	damaris mosqueda E			X					X																				cafe salud	calle principal	20/01/1988	X		Damars. M	X	
5	CC	1093534556	maloriy mosquera			X					X																				pomesalud	calle principal	21/07/1988	X		Maloy Mosquera	X	
6	CC	15518807	Julian lopez Z		X						X																				pomesalud	calle principal	3188712572 14/09/2985		X	Julian lopez	X	
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCIÓN	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 32

Realizar Cincuenta (50) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	50 Actividades
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 10301

ACTIVIDAD REALIZADA 100%

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 33

Realizar actividades de información a 50 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda.

RECURSO HUMANO	Psicólogo, enfermero y comunicador social.
CANTIDAD:	50 personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado 2 videos Evidencia de difusión en redes sociales. RIPS con el CUPS I 10109

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 24 y 28 de octubre 2022	**No: 33-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON: 05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Realizar actividades de información a 50 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar	
Tema: En la estrategia zonas de orientación se difunde los 2 videos de prevención y promocion		**No Páginas: 3**	
Responsable: Enfermera (a) + Psicologa + Comunicador Social		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		Santa cecilia	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**	
	2	**Desarrollo del tema**	
	3	**Conclusiones y Compromisos**	
			OBERVACIONES

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 24 y 28 de noviembre 2022	**No:** 33.02	**HORA INICIO:** 7:00 am	**HORA FINALIZACI0ON:** 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Concientizar e informar a la comunidad afrocolombiana del municipio de Pueblo Rico frente a diversos temas sobre la salud mental, la Prevención y mitigación del consumo de SPA y el suicidio en adolescentes.	
Tema: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.		**No Páginas:** 5	
Responsable: Psicólogo		**Elaborado por:** Hasbleidy Mena	
Lugar: Santa Cecilia Risaralda		**Zona:** Afrocolombiana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo de actividad**
	3	**Análisis de actividad**

La actividad se llevó a cabo en el corregimiento de Santa Cecilia. Para la cual se realizó un video con el fin de proporcionárselo a la comunidad para cumplir con el objetivo ya antes mencionado. Se empieza realizando el video en el que se explican los siguientes temas: Salud mental: La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder	**OBERVACIONES** Debido a las fuertes lluvias que se han venido presentando en el municipio, se dificulta poder realizar la actividad, pero cabe resaltar que están no han sido obstáculos para concientizar a la comunidad y cumplir con el objetivo.

aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. Prevención y mitigación por el consumo de SPA y de tabaco: una sustancia psicoactiva es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia. Existen muchas formas de clasificar las sustancias psicoactivas dependiendo de su abordaje. A continuación, tres grandes grupos: Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas. Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o	

semisintéticas. Según la normatividad pueden ser ilegales o legales, por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales. prevención del suicidio en adolescentes: El suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 intentan suicidarse durante su vida y entre 10 % y 15 % lo culminan. Muchos de los adolescentes que se suicidan o intentan suicidarse tienen una enfermedad de salud mental. Como resultado, tienen problemas para hacerle frente al estrés de ser un adolescente, como lidiar con el rechazo, el fracaso, las rupturas, las dificultades de la escuela y la crisis familiar. También pueden ser incapaces de ver que pueden dar un giro a sus vidas, y que el suicidio es una respuesta permanente, no una solución, a un problema temporal. Estés por el confinamiento: Al duro aislamiento social por el confinamiento se suma que la carga de trabajo ha aumentado (teletrabajo, conciliación familiar, apoyo escolar de los hijos...). Sin olvidar que, para muchos la pandemia ha supuesto una amenaza de sus proyectos vitales y una alteración de su estilo de vida. Depresión: Es sumamente importante comprender que existen diferencias entre estar triste por una situación difícil o evento traumático por el que hemos pasado por un corto período de tiempo, y los síntomas de depresión. La depresión se caracteriza por sentimientos continuos de tristeza, desesperanza,	

irritabilidad, falta de motivación o interés por las cosas, falta constante de ánimo para hacer las cosas que antes nos gustaban, dificultad para tomar decisiones y no poder realizar las tareas que solemos hacer diariamente, entre otras. Autoestima: La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. resiliencia y asertividad. La resiliencia en psicología, capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc. Y el asertividad, Capacidad de expresar de manera directa, honesta, y adecuada las ideas, opiniones, necesidades o derechos personales, así como tomar uno/a mismo/a las propias decisiones siendo responsable de ellas y sirve para poder expresar los mensajes y los gestos de forma clara, con una actitud empática hacia a los demás. Comunicar las ideas de una forma sincera buscando siempre la forma de crear un ambiente positivo y sin conflictos. El día destinado para realizar la actividad, fue un día muy lluvioso, por lo cual los jóvenes y las familias se encontraban en sus hogares, para cumplir con el objetivo, se realizó la prevención por medio de visitas a los hogares. Utilizando este recurso para informar y concientizar no a una si no a una familia entera sobre los temas antes mencionados. Dicho video se enseña a las personas de la comunidad, con el fin de que se viralice y poder prevenir y mitigar los diferentes temas y que puedan hacer uso de el en cualquier circunstancia si es	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

necesario. Teniendo en cuenta el tema de suicidio en adolescentes, se tomó mucho en cuenta dicha población para lograr concientizar. Se le permitió a los jóvenes y población en general, realizar preguntas si así lo deseaban frente a los temas ya antes mencionados o cualquier tema de interés relacionado con la salud mental. También se hizo uso de las diferentes plataformas digitales para viralizar el video y que no solo se quedara en la comunidad de Santa Cecilia y en el municipio de Pueblo Rico si no, que a su vez se pudiera concientizar a otros jóvenes y población en general que requiera el apoyo y el uso de los temas. Luego de dar la explicación de los temas, mostrar, compartir el video con las personas y responder a sus inquietudes, se finaliza la actividad diligenciando el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.	

COMPROMISOS:
Seguir realizando este tipo de prevenciones en la comunidad ya que se han manifestado cambios notables en la salud mental de dicha población, especialmente en los adolescentes.

Hasbleidy Mena

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ANEXOS

Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva: Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda (esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co)

Mensaje del PIC departamental sobre prevención del consumo de SPA, prevención del suicidio y salud mental: PIC Departamental Mensaje sobre prevención del suicidio, consumo de SPA, y salud mental - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda (esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co)

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/10/2022	**ALCANCE:** afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/10/2022	**ALCANCE:** afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael 433
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud mental y diversos temas
FECHA: 24 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia vda Código 10109

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 Pm.
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	T.I	1097034 339	Stefania Mosquera Rios.	16		X					X																	X			Nueva E.P.S	Santa Cecila Bachichi 09-08-2006	3126883297.		X	Stefania M	X	
2	CC	18603 136	Elmer Antonio Maturana Machado	49	X						X																	X			Asmet Salud.	Santa Cecilia Bachichi 07-02-1975	3183222838		X	[illegible]	X	
3	CC	9361 988	Hector Fabio Mosquera Maturana.	37	X						X																		X		Nueva E.P.S	Bachichi 19-09-1985	3219471067		X	Hector F.	X	
4	CC	1006193 826	Agie Barahona	28		X					X																	X			Pijaos Salud.	Bachichi 10-03-1993	3158632176		X	Angie Barahona.	X	
5	T.I	1135184 752	Luz Mila Cordoba Mena	16		X					X																	X			Nueva E.P.S	Bachichi 10-12-2005	3228229886		X	Luz Mila	X	
6	T.I	1093534 602	Jorge Alberto Cordoba Mena.	15	X						X																	X			Nueva E.P.S	Bachichi 17-02-2007	3106711623		X	Jorge	X	
7	T.I	1076350 743	Maria Carolina Mosquera Moreno.	16		X					X																	X			Salud total	Bachichi 12-02-2006.	3233406788		X	Carolina	X	
8	CC	(1097034 339)	31413877 Niesmi Mariza Roa	56		X					X																	X			Asmet Salut	Bachichi 07-05-1966	3108049055		X	NiesMi	X	
9	CC	1078180 656	Disnory Mosquera Serna.	28		X					X																	X			Pijaos Salud	Bachichi 30-11-1993	3137054370		X	Disnori	X	
10	CC	25004 341	Cenaida Maturana Mosquera.	75		X					X																	X			Asmet Salud.	Bachichi 21-06-1947	3163733784		X	Cenaida M.	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C.Y.D.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
11	C.C	42164 042	Orfinelly Mosquera Machado.	41 (5)		X					X																		X		S.O.S	Bachichi 24-12-1980	3233420359		X	orfinelly	X	
12	C.C	10882 43601	Alejandra Mosquera	23		X					X																		X		S.O.S	Bachichi 04-12-1999	3137030271		X	Alejandra	X	
13	C.C	1093532 038	Eneida Marcela Asprilla Sanchez	19		X					X																		X		Nueva E.P.S	Bachichi 02-07-2003	3178644618		X	Eneida A	X	
14	C.C	13660 50	Gerardo Antonio Maturana.	78	X				X		X																	X			Asmet Salud	Bachichi 24-02-1944	3172160003		X	[illegible]	X	
15	C.C	25001 379.	Sixto Tulia Murillo.	78		X			X		X																	X			Asmet Salud	Bachichi 31-12-1944	3172160003		X	[illegible]	X	
16	C.C	41948 409	Maria Cecilia Renteria Mena.	43		X					X																	X			Nueva E.P.S	Bachichi 23-10-1979	3104546722		X	Maceremе	X	
17	C.C	112884 9304	Carlos Andres Perea Pino	26	X						X																	X			Salud total.	Bachichi 01-06-1996	3185722297		X	[illegible]	X	
18	C.C	1093186 023	Laura Vanesa Ramirez Maturana	19		X					X																	X			Asmet Salud	Bachichi 15-10-2003	3148625866		X	Laura R.	X	
19	C.C	1004628 179	Maria Paula Herrera Borrero	20		X					X																	X			Asmet Salud.	Bachichi 10-09-2002	3185722297		X	Mª Paula H.	X	
20	T.I	114251 5651	Dayanna Renteria Mena.	14		X					X																	X			Asmet Salud.	Bachichi. 04-03-2008	3162470441		X	Dayanna R	X	

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

En la casilla numero (nos) ocho, la cedula correcta que corresponde a la señora Nesmi Roa se encuentra encima del nombre y en la casilla once la edad correcta es cuarenta y uno (41)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 28/10/2022	**ALCANCE:** afrocolombiano	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estes por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Ese Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud mental y diversos temas
FECHA: 28 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Santa Cecilia Rda. Codigo 10109

ENTORNO: Afrocolombiano
HORA DE INICIO: 02:00 pm
HORA FINALIZACION: 05:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES		X

No	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
1	T.I	1093186669	Ariasny Mosquera Perea	14		X			X		X																	X			Nueva EPS	Calle Principal Santa C. 04-09-2008	3153974467		X	Ariasny	X	
2	CC	1093538645	Mavi Luz Rentería Machado	26		X					X																	X			Asmet Salud	Calle Principal Santa Cecilia 06-05-1996	3165280659		X	Mavi Luz R.	X	
3	CC	25000165	Ana Sabu Lemus Nagles.	54		X					X																	X			Asmet Salud	Santa Cecilia 04-04-1968	3128749688		X	Ana Sabu L.	X	
4	CC	1127004422	Yesica Torres.	30		X					X																	X			Pijaos Salud	Santa Cecilia 16-04-1991	3146359836		X	Yesica Torres J.	X	
5	CC	1027462923	Diana Marcela Rentería Maturana.	28		X					X																	X			Nueva EPS	Santa Cecilia 20-04-1994	3219402999		X	Diana M.R.	X	
6	T.I	1089936251	Yirlian Machado	14		X					X																	X			Nueva EPS	Santa Cecilia 19-10-2008	3219402999		X	Yirlian	X	
7	T.I	1088828554	Michel Mosquera Moreno.	16		X					X																	X			Salud total	Santa Cecilia 06-03-2006	3185273107		X	Michel M.	X	
8	T.I	1088830124	Ana Brigitt Mosquera Mosquera	14		X					X																	X			Salud Total	Santa Cecilia 21-11-2007	3188779371		X	Ana Brigitt	X	
9	CC	1093186509	Hector Danil Mosquera Mosquera	22	X						X																	X			Nueva EPS	Santa Cecilia 03-04-2000	3127201343		X	DANIL	X	
10	CC	42160781	Maximiliana Mosquera Mosquera.	38		X					X																					Santa Cecilia la Y 04-02-1984	3135514118		X	Maximiliana.	X	

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA									ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	T.I	1093186828	Yojan Piro Mosquera	13	X						X																X			Sanitas	Santa Cecilia Calle Y	19-09-2009		X	Yojan	X	
12	C.C	25.001503	Lily Johanna Perea Renteria	42		X			X		X																X			Nueva E.P.S	Calle Principal Sta C. 28-09-1980	3104524946		X	Lily P.R.	X	
13	C.C	1004499324	Saren Dayana Perea Perea.	22		X					X																X			Nueva E.P.S	Entrada Silencio	3146435877		X	Saren D.P.P.	X	
14	C.C	1007214034	Yasny Sorane Perea Perea.	21		X					X																X			Asmet Salud	Santa C. entrada S. 18-10-2001	3136357534		X	Yasny Sorane	X	
15	T.I	1089932019	Valeria Galvis Mosquera.	17		X					X																X			Cosmitet	Santa C. Calle Principal 04-01-2005	3172905078		X	Valeria Galvis M	X	
16	T.I	1093534266	Yiseth Mosquera Perea.	16		X			X		X																X			Nueva E.P.S	Santa C. Calle Principal 16-08-2006	3217690408		X	Yiseth	X	
17	C.C	42162202	Gladys Yanive Mena Lozano	37		X					X																	X		Cosmitet	Santa Gaita La Unión 16-04-19	3207650726		X	Gladys Mena.	X	
18	C.C	1034754829	Estiven Sanchez	20	X						X																	X		Cosmitet	Mz2 Casa 9 Pueblo R. 17-06-2002	3105349767	X		Estiven S.	X	
19		1110483527	Randy Campos	33	X						X																	X		Cosmitet	Piedras - Bachichí 09-06-1989	3216973579		X	Randy Campos	X	
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA	SUPERVISOR	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO ( )

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 34

Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE. Producto: ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

RECURSO HUMANO	Médico (a) General + Auxiliar Enfermería + Coordinador PIC
CANTIDAD:	200 personas
DURACION	30 minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Archivo Excel con la base de datos (Minsalud) Registro fotográfico si es pertinente RIPS con el CUPS I 10409

1455

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 19 de octubre al 01 de noviembre 2022	**No: 04-2**	**HORA INICIO:** **7:00 AM**	**HORA FINALIZACI0ON:** **05:00 PM**
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas	
Tema: Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.		**No Páginas: 3**	
Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería		**Elaborado por:** **Isabel Cristina Lucero**	
Lugar		SANTA CECILIA	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	**1**	**Presentación**
	2	**Desarrollo del tema**
	3	**Conclusiones y Compromisos**

DESARROLLO:	**OBERVACIONES**
Para el desarrollo de esta actividad primero se solicita el usuario y contraseña para asceder a las fichas de	

DESARROLLO **Para el desarrollo de esta actividad se inicia con la obtenion de la información en temas como:** La salud mental Prevención y mitigación del consumo de SPA Prevención del suicidio en adolescentes Stress por el confinamiento Depresión Prevención de consumo de tabaco Hábitos saludables Nutrición sana, Actividad fisica Autoestima Resiliencia Asertividad Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual Promoción de la Sexualidad Sana Espacios libres de humo Prevención de embarazos en adolescentes, Una vez se tiene el material, se prepara la enferemera y la psicóloga y se inica la grabación bajo la supervicon del comunicador social de dos videos con los temas expuestos anteriormente, después es editado, esta información es la que se lleva el talento humano y se empieza a difundir en redes sociales, pagina web, y se	

socializa al auxiliar como desarrollar dicha actividade y se inicia con la capaptacion en diferentes lugares pertenecientes a Pueblo Rico como son personas de los barrios cinto, bachichi, piedras, el silencio, remolinos. Durante el desarrollo de la actividad se presenta por parte de la población acogida por realizar el test, pero una vez que este es extenso nos refieren la falta de tiempo pues tiene ciertas oupaciones para destinar el tiempo en dicha caracterización. Donde se realizaron a **_18___personas** la caracterización de riego o presencia de alteracion cardio – cerebro – vascular – metabolica. La información que se socializo y se le dio a la comunidad es: DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Los factores de riesgo son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular arterioesclerótica. Estos factores se pueden dividir en: • FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES Son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida. PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA: El corazón impulsa la sangre a través de las arterias ejerciendo sobre ellas la presión necesaria para que circule. La presión arterial está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias a este flujo. La presión sistólica es la presión máxima que se obtiene en cada contracción del corazón y la presión diastólica es la presión mínima durante la fase de relajación. Presiones arteriales mantenidas sobre 140/90 mm Hg, producen daño en	

las paredes internas de las arterias y esta lesión favorece la formación de placas de ateroma. Una persona es hipertensa cuando su presión arterial habitual es superior a 140/90 mm Hg. Las presiones arteriales sistólicas entre 130 y 140, y diastólicas entre 85 y 90 mm Hg se consideran normales altas y deben ser controladas periódicamente. NIVELES ELEVADOS DE COLESTEROL: El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para el normal funcionamiento del organismo. El colesterol es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias _____ LEWIS JHONATAN NATES MEDICO _____ AUXILIAR DE ENFERMERIA ESTELA QUINTERO	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 19 de octubre al 01 de noviembre 2022	**ALCANCE:** **AFRO**	**Hora de inicio:** 7:00 am	**Hora fin:** 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.			
Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería			
Lugar: SANTA CECILIA			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

19-Oct-2022 GYS

1452

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PEREIRA - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL 434
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOVASCU.
FECHA: 19-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD I 10409

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nataly Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

NO	TIP DOC.	NO. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	42156182	Catalina Cuesta R.	45	X																							X			Asmet Salud	Cinto	25-11-1977 3184640971		X		X	
2	CC	1076394687	Viviana Caterine R.	29	X																							X			Pixaos Salud	Santa Cecilia	26-10-1993 3118277622	X			X	
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA							ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA. ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUES DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

21-oct-2022. [illegible]

1453

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión. 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL #34
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
FECHA: 21-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD# I10405

ENTORNO: APRO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nataly Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	25000565	Marly Patricia Pineda	52		x																								x	cosmitet	El dificil Santa Cecilia.	18-05-1970 3165505804		x	Marly Patricia	x	
2	CC	1078178835	Nelly Cordoba C.	44		x																									Pipos	cinto	31-01-1979 3104408426		x	Nelly Cord.	x	
3	CC	35587297	Ana teresa Escarpeta	47		x																									Pipos	Minas Calamar	03-10-1975 3105972145		x	Ana Teresa	x	
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						

Nº	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)											PROGRAMA								ASEGURA MIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SO	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

22-oct-2022

1464

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL +34
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARD.
FECHA: 22-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA CCO + I 10409

ENTORNO: AFRO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Nately Gonzalez

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1093186405	Alejandra Rentería	26		X																						X			coosalud	cinto	09-07-1996 3153264849		X	Alejandra	X	
2	CC	42152003	Claribeth Machado	41		X																						X			Nueva EPS.	Pital	30-09-1981 3145432097		X	Claribeth	X	
3	CC	42131027	Clara Beatriz Rentería	44		X																							X		Asmet Salud	Santa Cecilia	22-11-1978	X		Clara Beatriz	X	
4	CC	18509389	Fernando Bonilla V	52	X																							X			Asmet Salud	Loma Hermosa	13-04-1971 3235094056		X	Fernando	X	
5	CC	1007214054	Rosaysela Mosquera	21		X																						X			Asmet Salud	Remolinos	18-05-2001 3147549898		X	Rosaysela	X	
6	CC	1093535904	Maria Eulalia Mosquera	33		X																						X			Asmet Salud	minas calamar	06-02-1990 3116202705		X	Maria Eulalia	X	
7	CC	1058667557	Gabriel Bolaños E.	37	X																							X			Asmet Salud	caja de oro	08-07-1985 3128572278		X	Gabriel	X	
8																																						
9																																						
10																																						

No	TIP DOC.	NT. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENERICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

29-oct-2022 Gris

1465

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL 134
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
FECHA: 25-OCT-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECICIA COOK I 10409

ENTORNO: APRU
HORA DE INICIO: 7:00am
HORA FINALIZACION: 5:00pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Irene Vargas

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO M	SEXO F	SEXO LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA U	ZONA R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS SI	NO
1	CC	1077427871	Johana Myadiris P.	21		X																						X			Nueva EPS	Bajo Gito	19-12-2001 3113384736		X	Jhona Midian	X	
2	CC	1093534478	Daily Julieth Conrado	26		X																							X		Nueva EPS	Santa Cecilia	20-06-1996 3118793366	X		Daily Julie	X	
3	CC	1078179489	Linco Palomeque P.	36	X																								X		Nueva EPS.	Piedras	07-04-1987 3161724835		X	Linco Palomeque	X	
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

No	TIP DOC.	NR. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)												PROGRAMA										ASEGURAMIENTO			EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PM	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1-NOV-2022. 2015

146

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL 434
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACION RIESGO CARDIO.
FECHA: 1-NOV-22
MUNICIPIO/LUGAR: SANTA CECILIA COD: 150409

ENTORNO: AFIRO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACION: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Jimena Ortiz

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO: M	F	LGTBI	POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PROGRAMA: PAI	C Y D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	ASEGURAMIENTO: PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA: U	R	FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI	NO
1	CC	1007213963	Leidy Yorlady Mena	32																								X				Asmet Salud	La 4e	29-11-1990 3136952411		X	Leidy Yorlad.	X	
2	CC	42151696	Maria Elena Mosquera	41																									X			Asmet Salud	Santa Cecilia	28-02-1982 3126095972	X		Maria Elena	X	
3	CC	1004719728	Karol Maycly Perea	21																								X				Asmet Salud.	Santa Cecilia.	16-12-2001	X		Karol Maycly	X	
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									

No	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION)										PROGRAMA									ASEGURAMIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS	
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C.Y.D	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

FECHA:	SUPERVISOR:	ACTIVIDAD:	CARGO:	FIRMA DEL SUPERVISOR
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			MECANISMO: LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )	FORMATO: ASISTENCIA: ( ) REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) OTRO: ( )

1467

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 35

Realizar intervenciones de educación para la salud incorporando aspectos de alimentación y nutrición en el entorno hogar y comunitario con priorización a familias con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales, partiendo del reconocimiento de prácticas, usos y costumbres de la comunidad y acceso a oferta alimentaria; buenas prácticas de manipulación de alimentos en el hogar.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	20 Intervenciones
DURACION	1 hora
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 10308

ACTIVIDAD REALIZADA 100%