CUENTA DE COBRO

CUENTA DE COBRO No 03

CONTRATO 317 DE 2024

HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT. 890.501.0438-1

DEBE A:
FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
C.C. 1004863628

LA SUMA DE:

DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000)

POR CONCEPTO DE:

PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A FAMILIAS ASENTADAS EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA (OTARE, EL PALMAR, QUEBRADA LA ESPERANZA, LAS CHIRCAS, AGUAS CLARAS, PUEBLO NUEVO Y COMUNA 6) PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1895 DE 2023 EN LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

PERIODO COMPRENDIDO DE PAGO DEL 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO DEL 2024.

Cordialmente,



FAIRED CAMILA VERA ORTIZ
C.C. 1004863628 EXPEDIDA EN La Playa de belén
Teléfono: 3173475944
Número de Cuenta de ahorros Bancolombia 31834613134

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

DATOS DEL CONTRATO	
PERÍODO DEL INFORME	01 de julio al 31 de julio 2024
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DE CONTRATO	317 de 2024
NOMBRE CONTRATISTA	Faired Camila Vera Ortiz
DOCUMENTO CONTRATISTA	1004863628
VALOR	Seis millones de pesos (6.000.000)
FECHA INICIO DEL CONTRATO	06 de mayo de 2024
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	31 de julio de 2024
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A FAMILIAS ASENTADAS EN LOS MICRO TERRITORIOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA (OTARE, EL PALMAR, QUEBRADA LA ESPERANZA, LAS CHIRCAS, AGUAS CLARAS, PUEBLO NUEVO Y COMUNA 6) PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1895 DE 2023 EN LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Para efectos del presente formato de informe de ejecución, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

1. OTROSÍ/SUSPENSIÓN							
ADICION	SI		NO	X	VALOR		$
PRORROGA	SI		NO	X	PERIODO ADICIÓN		
MODIFICACIÓN	FECHA		DD/MM/AAAA		ASUNTO		
SUSPENSIÓN	SI		NO	X	CAUSA		
FECHA INICIO	DD/MM/AAAA		FECHA FIN		DD/MM/AAAA		

2. INFORMACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	MARIA PAULA CORONEL
CARGO	**SUPERVISOR PROFESIONAL UNIVERSITARIA SIAU**
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	NAZLY SEPULVEDA CONTRERAS
CARGO/CONTRATISTA	**MEDICO AUDITOR**
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	ERIKA PRATO
CARGO/CONTRATISTA	**PROFESIONAL APOYO EQUIPOS BÁSICOS DE LA SALUD**

3. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

1. **ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:** Se consignan las actividades ejecutadas, tal como se encuentran establecidas o descritas en el contracto -OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA-:

OBLIGACIÓN	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. Caracterización familiar y del entorno, de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas.	Se realizó la caracterización familiar en el mes de julio con el objetivo presentar los resultados de la caracterización familiar y del entorno, abarcando las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco. Esta investigación se llevó a cabo con el fin de optimizar la gestión de atenciones pendientes y brindar un abordaje integral a las necesidades de cada hogar, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta disponibles. Se realizaron un total de 24 caracterizaciones, las cuales incluyeron un análisis detallado de 24 familias. Se realizó un análisis exhaustivo de las condiciones de vida de familias rurales que carecen de acceso a servicios esenciales como salud, agua potable y recolección de residuos. Para ello, se emplearon registros administrativos y herramientas de evaluación personalizadas, las cuales permitieron obtener una visión integral de su situación. Los resultados revelaron un panorama de marcada vulnerabilidad. La mayoría de las familias estudiadas se encuentran en condiciones de pobreza, con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Esta situación se agrava por la falta de oportunidades laborales estables en el área rural, lo que limita su capacidad adquisitiva y restringe su acceso a bienes y servicios la actividad laboral e la región se basa en la agricultura. La carencia de servicios básicos constituye una de las principales problemáticas enfrentadas por estas familias. La ausencia de un sistema de salud adecuado dificulta el acceso a atención médica oportuna y de calidad, exponiéndolas a un mayor riesgo de enfermedades y complicaciones. La falta de agua potable representa un grave peligro para su salud, ya que las fuentes de agua no tratadas pueden estar contaminadas con bacterias y otros patógenos. En cuanto a la gestión de residuos, la práctica común de quemar la basura genera diversos problemas ambientales y de salud. La quema a cielo abierto libera contaminantes al aire, lo que puede provocar enfermedades respiratorias, irritación de ojos y piel, y a largo plazo, aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Además, contribuye al deterioro de la calidad del aire y al cambio climático. Las viviendas de estas familias suelen ser precarias, construidas con materiales de baja calidad y carentes de las condiciones mínimas de habitabilidad. La falta de aislamiento térmico y la deficiente ventilación exponen a sus habitantes a condiciones climáticas

	extremas y favorecen la proliferación de insectos y roedores. El entorno social en el que viven estas familias también influye en su calidad de vida. El aislamiento geográfico, la falta de infraestructura vial y las limitadas oportunidades de educación y recreación contribuyen a la sensación de marginalidad y a la dificultad para acceder a servicios públicos. Las dificultades para satisfacer las necesidades básicas generan tensiones y conflictos al interior de las familias. La falta de acceso a agua potable obliga a las mujeres a dedicar una gran cantidad de tiempo a la recolección de agua, lo que limita su participación en otras actividades y restringe sus oportunidades de desarrollo. La situación de vulnerabilidad en la que viven estas familias tiene profundas implicaciones para su bienestar y desarrollo. La falta de acceso a servicios básicos afecta su salud física y mental, limita sus oportunidades educativas y laborales, y restringe su participación en la vida social y comunitaria. En las condiciones socioeconómicas, dinámicas familiares y entorno social se encontró: en las dinámicas familiares se observaron hogares monoparentales, familias numerosas y presencia de miembros con discapacidad. En las características de las viviendas se presentan deficiencias en cuanto a infraestructura, hacinamiento y falta de servicios básicos como agua potable y saneamiento. En cuanto al entorno social, el acceso a servicios básicos como salud y educación es limitado, especialmente en las veredas. Las vías de acceso son precarias, lo que dificulta la movilidad y el acceso a centros de salud. La caracterización realizada permitió identificar las principales necesidades de las familias en las zonas estudiadas. Se evidenció una situación de vulnerabilidad social y económica, con acceso limitado a servicios básicos y un entorno social desfavorable. En cuanto a la realización de las caracterizaciones que realizamos en las diferentes veredas nos encontramos con los siguientes obstáculos; como lo son familias que no nos permitieron la realización de la caracterización, encontramos viviendas deshabitadas, casas en las cuales no había nadie en el momento de la visita; en el mes de julio en la vereda la pacha se encontraron 3 casas deshabitadas, en el barrio brisas del polaco se encontraron 7 casas cerradas, 4 casas deshabitadas, y 20 casas no nos permitieron realizar la caracterización, en la vereda filo del cordón se encontró una casa deshabitada, en la vereda San Francisco se encontraron dos casas deshabitadas,

	En cuanto a la infraestructura de las viviendas, en la mayoría de los casos, estas están construidas con materiales rústicos, tales como tapia pisada, techos en zinc, pisos en tierra o cemento, en mucho casos encontramos hacinamiento en las viviendas, casos en los que nunca se les había dado atención odontológica a los niños.
2. De acuerdo con la caracterización; apoyará la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud dirigida a los colectivos, estrategias de información en salud, procesos de rehabilitación basada en comunidad, entre otros; de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades establecidas en el territorio.	La caracterización detallada de 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco reveló una realidad social y sanitaria compleja, marcada por la escasez de recursos, la lejanía de los centros urbanos y la carencia de servicios básicos como salud, agua potable y recolección de residuos. Ante este panorama, se diseñó una intervención integral con el objetivo de fortalecer los tejidos sociales y comunitarios, mejorar el acceso a la salud y promover el bienestar de estas familias. Las actividades se centraron en la escuela de la vereda Nuevo Amanecer, un espacio estratégico para llegar a un mayor número de personas y generar procesos de transformación social. Redes sociales y comunitarias: Se fomentó la participación activa de los miembros de la comunidad en la identificación de sus propias necesidades y en la búsqueda de soluciones colectivas. A través de talleres y encuentros comunitarios, se fortalecieron los lazos de confianza y se promovió la colaboración entre vecinos. Zonas de orientación escolar: Se establecieron espacios de apoyo académico para los estudiantes, con el objetivo de mejorar su rendimiento escolar y brindarles herramientas para continuar sus estudios. Además, se realizaron actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, dirigidas tanto a los estudiantes como a sus familias. Centros de escucha: Se crearon espacios seguros donde los miembros de la comunidad pudieran expresar sus inquietudes, miedos y experiencias de vida. Estos centros de escucha permitieron identificar casos de violencia, maltrato infantil y otras situaciones de riesgo, y canalizar a las personas hacia los servicios de apoyo necesarios. Educación para la salud: Se implementaron programas educativos dirigidos a promover hábitos saludables, prevenir enfermedades y fomentar el autocuidado. Los temas abordados incluyeron nutrición, higiene, prevención de enfermedades infecciosas y primeros auxilios. Estrategias de información en salud: Se diseñaron materiales informativos sencillos y accesibles,

	adaptados a las características de la comunidad, para difundir conocimientos sobre salud y enfermedades comunes en la zona. Procesos de rehabilitación basada en comunidad: Se implementaron programas de rehabilitación para personas con discapacidad o enfermedades crónicas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su participación en la comunidad. Los resultados obtenidos a través de esta intervención fueron variados y positivos. Se observó un fortalecimiento de los lazos comunitarios, una mayor conciencia sobre la importancia de la salud y un aumento en la participación de las familias en las actividades comunitarias. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la persistencia de las desigualdades sociales, la dificultad para acceder a servicios especializados y la necesidad de contar con recursos económicos sostenibles a largo plazo. La experiencia implementada en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco demuestra la importancia de las intervenciones comunitarias para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones rurales más vulnerables. Sin embargo, es fundamental reconocer que estos procesos requieren de un compromiso a largo plazo y de la articulación de esfuerzos entre diferentes actores sociales y gubernamentales.
3. Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada, identificando intervenciones individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y priorizando a la población materno perinatal; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros.	Con el objetivo de brindar una respuesta integral a las necesidades de salud identificadas en las 24 familias caracterizadas en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco, se diseñó y ejecutó un Plan Integral de Cuidado Primario. Este plan, fundamentado en los resultados de la caracterización inicial, se enfocó en garantizar intervenciones personalizadas y adaptadas a cada familia, considerando su ciclo de vida y las particularidades de su contexto. El plan reconoció a la familia como la unidad básica de atención y promoción de la salud. Se realizaron visitas domiciliarias regulares para evaluar el estado de salud de cada miembro familiar, identificar factores de riesgo y brindar consejería personalizada. Se prestó especial atención a la población materno perinatal, ofreciendo acompañamiento durante el embarazo, el parto y el puerperio, con el objetivo de garantizar una atención segura y de calidad. A partir de la información recopilada en la caracterización, se procedió a realizar una valoración detallada de los riesgos a los que estaban expuestas las familias, como enfermedades crónicas, desnutrición, violencia

	intrafamiliar y condiciones de vivienda inadecuadas. Con base en esta valoración, se diseñaron estrategias de promoción de la salud específicas para cada familia, abordando temas como nutrición, higiene, prevención de enfermedades infecciosas y vacunación. Se implementaron diversas actividades de educación para la salud, utilizando metodologías participativas y materiales didácticos adaptados a las características de la población. Los temas abordados incluyeron: Ciclo de vida: Embarazo, lactancia materna, crecimiento y desarrollo infantil, salud sexual y reproductiva, salud de la mujer y del hombre adulto, y cuidados de los adultos mayores. Prevención de enfermedades: Enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes domésticos y violencia. Hábitos saludables: Alimentación saludable, actividad física, higiene personal y ambiental. A través de estas actividades, se buscó empoderar a las familias para que tomaran decisiones informadas sobre su salud y participar activamente en el cuidado de sí mismas y de sus seres queridos. Se estableció una estrecha colaboración con otras instituciones y organizaciones presentes en el territorio, como centros de salud, escuelas, organizaciones comunitarias y gobiernos locales. Esta articulación permitió complementar los servicios ofrecidos por el equipo de salud y garantizar una atención integral a las familias. La implementación del plan integral permitió alcanzar diversos logros, como la mejora en el estado de salud de las familias, la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad infantil, y el fortalecimiento de los vínculos entre los miembros de la comunidad. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para acceder a servicios especializados, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional.
4. Identificación del riesgo individual, familiar, y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales.	La caracterización de las familias en las veredas rurales reveló un perfil de salud complejo, marcado por la prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, así como la presencia de factores de riesgo asociados a enfermedades bucales, respiratorias (como el asma) y otras condiciones de salud. Para obtener una comprensión más profunda de la situación de salud de estas comunidades, se llevó a cabo un proceso de recolección de información que complementó los datos obtenidos en la caracterización inicial. Revisión de perfiles familiares: Se realizó un análisis exhaustivo de los perfiles familiares elaborados,

	poniendo especial atención en la historia clínica de cada miembro, los hábitos de vida, las condiciones de vivienda y el acceso a servicios de salud. Entrevistas individuales: Se realizaron entrevistas semiestructuradas con miembros de cada familia, con el objetivo de explorar en profundidad sus percepciones sobre su salud, los factores que influyen en ella y las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de salud. Grupos focales: Se organizaron grupos focales con representantes de la comunidad, como líderes comunitarios, agentes de salud y personas mayores, para discutir temas relacionados con la salud, identificar los principales problemas y generar propuestas de solución. A partir de la información recopilada, se procedió a identificar los riesgos a nivel individual, familiar y comunitario. Riesgo individual: Se identificaron los factores de riesgo asociados a cada enfermedad, como la edad, la historia familiar, los hábitos de vida sedentarios, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, y el estrés. Riesgo familiar: Se evaluaron los factores de riesgo a nivel familiar, como la presencia de enfermedades crónicas en varios miembros de la familia, las condiciones de vivienda insalubres y la falta de acceso a agua potable. Riesgo comunitario: Se analizaron los factores de riesgo a nivel comunitario, como la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la escasez de recursos económicos, las condiciones geográficas adversas y la falta de educación en salud. Los resultados de esta investigación permitieron identificar una serie de desafíos y oportunidades para mejorar la salud de las comunidades rurales. Entre los hallazgos más relevantes se destacan: Alta prevalencia de enfermedades crónicas: La hipertensión arterial y la diabetes se identificaron como las enfermedades más prevalentes, lo que representa un importante problema de salud pública. Factores de riesgo modificables: Se identificaron numerosos factores de riesgo modificables, como los hábitos de vida sedentarios y la alimentación inadecuada, que pueden ser abordados a través de intervenciones preventivas. Barreras para el acceso a la salud: La distancia a los centros de salud, la falta de transporte, los costos de los medicamentos y la falta de información sobre los servicios disponibles se identificaron como las principales barreras para el acceso a la salud.

	Necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud: Se evidenció la necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud, mediante la capacitación del personal de salud, la dotación de los centros de salud con los recursos necesarios y la implementación de programas de promoción de la salud. Los resultados de esta investigación resaltan la importancia de abordar de manera integral los problemas de salud de las comunidades rurales, considerando tanto los factores individuales como los factores sociales y ambientales. Para garantizar que la información llegara a todas las familias, se implementaron diversas estrategias de comunicación y educación, entre las que se destacan: Visitas domiciliarias: Se realizaron visitas domiciliarias para brindar información personalizada a cada familia, respondiendo a sus inquietudes y orientándolas sobre los servicios disponibles. Talleres informativos: Se organizaron talleres grupales en los que se abordaron temas como la prevención de enfermedades, la importancia de los controles médicos periódicos, la salud sexual y reproductiva, la nutrición y la higiene. Materiales educativos: Se elaboraron materiales educativos sencillos y claros, como folletos, afiches y videos, que fueron distribuidos en las comunidades. Utilización de medios locales: Se aprovechó la radio comunitaria y otros medios de comunicación locales para difundir mensajes clave sobre salud.
5. Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho	La caracterización de las 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco permitió identificar las necesidades específicas en salud de estas comunidades rurales. Con base en esta información, se diseñó e implementó una estrategia de intervención integral que buscó garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y promover la salud y el bienestar de los habitantes. Una de las acciones prioritarias fue la de brindar información clara, completa y oportuna sobre los servicios de salud a los que tienen derecho las familias. Esta labor se llevó a cabo considerando la diversidad de las comunidades, es decir, teniendo en cuenta los diferentes momentos del curso de vida (infancia, adolescencia, adultez, vejez), el sexo-género, la etnia, las condiciones socioeconómicas y las particularidades del entorno ambiental de cada vereda. La información brindada a las familias incluyó:

	Derechos en salud: Se informó a las familias sobre sus derechos como usuarios del sistema de salud y los mecanismos para hacerlos valer. Servicios disponibles: Se describieron los servicios de salud disponibles en el área, como atención médica primaria, vacunación, planificación familiar, salud bucal y atención a enfermedades crónicas. Cómo acceder a los servicios: Se explicó el procedimiento para acceder a los servicios de salud, incluyendo la forma de solicitar citas, los documentos requeridos y los costos asociados. Prevención de enfermedades: Se proporcionó información sobre las principales enfermedades que afectan a las comunidades y las medidas preventivas que pueden tomar las personas. Promoción de hábitos saludables: Se promovieron hábitos saludables como una alimentación balanceada, la actividad física regular, el no fumar y el consumo moderado de alcohol. La implementación de esta estrategia permitió alcanzar diversos logros, como un mayor conocimiento de los servicios de salud disponibles, una mejor comprensión de los riesgos para la salud y una mayor participación de las familias en el cuidado de su salud. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para llegar a las familias más aisladas, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional. La experiencia implementada en las veredas visitadas demuestra la importancia de brindar información clara y oportuna a las comunidades rurales para mejorar su acceso a los servicios de salud y promover hábitos de vida saludables. Sin embargo, es fundamental reconocer que estos procesos requieren de un compromiso a largo plazo y de la articulación de esfuerzos entre diferentes actores sociales y gubernamentales.
6. Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación on la Empresa Social del Estado.	La caracterización de las 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco permitió identificar una necesidad fundamental: garantizar el acceso de todas las familias al sistema de seguridad social en salud. Con el objetivo de mejorar la cobertura y garantizar una atención integral, se llevó a cabo una intervención focalizada en la afiliación de aquellas familias que aún no contaban con este beneficio. A través de la revisión detallada de los perfiles familiares elaborados en la etapa de caracterización, se identificaron las familias que no estaban

	afiliadas al sistema de seguridad social en salud. Esta información fue crucial para diseñar una estrategia de intervención dirigida y efectiva. Con el fin de facilitar los trámites de afiliación, se estableció una estrecha coordinación con la Empresa Social del Estado (ESE) Emiro Quintero Cañizares. Esta articulación permitió contar con el apoyo de los profesionales de la salud de la ESE, quienes brindaron la asesoría necesaria para realizar los trámites de manera ágil y eficiente. Se diseñó un plan de acompañamiento personalizado para cada una de las familias no afiliadas, con el objetivo de brindarles toda la información necesaria y facilitar los trámites. Este acompañamiento incluyó: Visitas domiciliarias: Se realizaron visitas domiciliarias para explicar los beneficios de la afiliación al sistema de seguridad social, los requisitos para afiliarse y los pasos a seguir. Orientación personalizada: Se brindó orientación personalizada a cada familia, resolviendo sus dudas y acompañándolas en la realización de los trámites. Simplificación de trámites: Se simplificaron al máximo los trámites de afiliación, buscando reducir la carga administrativa para las familias. Gracias a esta intervención, se logró aumentar significativamente el número de familias afiliadas al sistema de seguridad social en las veredas estudiadas. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la falta de documentación de algunas familias, la dificultad para desplazarse a los centros de salud y la necesidad de realizar campañas de sensibilización continuas.
7. Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.	La caracterización de las familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco evidenció la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de estas comunidades, se diseñó e implementó una estrategia de sensibilización enfocada en la importancia de la atención en salud preventiva y la detección temprana de

	enfermedades. La estrategia de sensibilización se centró en las prioridades en salud pública que afectan de manera significativa a las comunidades rurales, como: Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y enfermedades transmitidas por vectores. Salud materna e infantil: Embarazo saludable, lactancia materna, vacunación y crecimiento y desarrollo infantil. Salud sexual y reproductiva: Prevención de enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar. La sensibilización de la población es un aspecto fundamental para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades rurales. Los resultados obtenidos en las veredas estudiadas demuestran la importancia de implementar estrategias de comunicación efectivas y de adaptar los mensajes a las características y necesidades de cada comunidad.
8. Canalización a la institución prestadora de servicios de salud primaria, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible.	La caracterización de las 24 familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y Brisas del Polaco sirvió como punto de partida para diseñar un plan de visitas domiciliarias focalizado en las necesidades específicas de cada hogar. Con base en la información recopilada, se priorizaron los casos que presentaban mayores riesgos para la salud, considerando la gravedad de las condiciones identificadas, el potencial de mortalidad evitable y la posibilidad de prevenir discapacidades. Las visitas domiciliarias tuvieron como objetivo principal: Evaluación integral de la salud: Realizar una evaluación exhaustiva del estado de salud de cada miembro de la familia, incluyendo la identificación de enfermedades crónicas, factores de riesgo y necesidades de atención. Identificación de barreras para el acceso a la salud: Identificar las barreras que dificultan el acceso de las familias a los servicios de salud, como la distancia a los centros de salud, la

	falta de transporte, los costos de los medicamentos y la falta de información. Brindar orientación y educación en salud: Brindar orientación y educación en salud a las familias sobre temas como la prevención de enfermedades, la importancia de los controles médicos periódicos, la alimentación saludable y la actividad física. Gestión de casos: Realizar un seguimiento de los casos identificados y gestionar las referencias a servicios especializados cuando sea necesario. Las visitas domiciliarias fueron realizadas por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, que incluyó médicos, enfermeras, nutricionistas y trabajadores sociales. Durante las visitas, se realizaron las siguientes actividades: Recolección de datos: Se actualizó la información de los perfiles familiares, se tomaron signos vitales y se realizaron exámenes físicos básicos. Entrevista clínica: Se realizó una entrevista clínica detallada con cada miembro de la familia para conocer su historia clínica, sus síntomas actuales y sus preocupaciones relacionadas con la salud. Evaluación del entorno: Se evaluó el entorno de la vivienda y la comunidad para identificar factores de riesgo ambientales que pudieran afectar la salud de las familias. Elaboración de un plan de atención individualizado: Se elaboró un plan de atención individualizado para cada familia, que incluía los objetivos a alcanzar, las acciones a implementar y el seguimiento a realizar. La priorización de los casos se realizó en función de los siguientes criterios: Gravedad de los riesgos identificados: Se priorizaron los casos de personas con enfermedades crónicas descompensadas, mujeres embarazadas con complicaciones, niños con desnutrición o enfermedades infecciosas, y personas con discapacidad. Mortalidad evitable: Se priorizaron los casos de personas con enfermedades que pueden ser mortales si no se reciben tratamiento

	oportuno, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Discapacidad prevenible: Se priorizaron los casos de personas con riesgo de desarrollar discapacidades, como las personas con diabetes sin control y las personas mayores con problemas de movilidad. Las visitas domiciliarias permitieron identificar las necesidades de salud más urgentes de las familias y diseñar intervenciones personalizadas. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para llegar a las familias más aisladas, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional.
9. Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios.	La caracterización inicial de las 24 familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco proporcionó una línea base fundamental para comprender las necesidades de salud de estas comunidades. Sin embargo, es esencial realizar un seguimiento para verificar si las intervenciones implementadas han logrado mejorar efectivamente el acceso de estas familias a los servicios de salud. Evaluar la efectividad de las intervenciones: Determinar si las acciones implementadas, como la afiliación al sistema de seguridad social, la promoción de la salud y las visitas domiciliarias, han logrado garantizar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud. Identificar barreras persistentes: Detectar las barreras que continúan obstaculizando el acceso a la salud, a pesar de las intervenciones realizadas. Realizar ajustes a las estrategias: Identificar las áreas que requieren ajustes en las estrategias de atención en salud, a fin de mejorar los resultados. Para verificar el acceso efectivo a los servicios de salud, se propone la siguiente metodología: Revisión de historias clínicas: Se realizará una revisión detallada de las historias clínicas de los miembros de las 24 familias en la ESE Emiro Quintero Cañizares. Se analizarán los registros de consultas, exámenes, tratamientos y medicamentos dispensados, con el fin de identificar patrones de utilización de los servicios y detectar posibles gaps en la atención. Entrevistas a profundidad: Se realizarán entrevistas a profundidad con los jefes de hogar o miembros clave de cada familia, para conocer su percepción

	sobre el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención recibida y las dificultades que enfrentan. Encuestas a los prestadores de servicios: Se realizarán encuestas a los profesionales de la salud que atienden a estas familias, para conocer su percepción sobre las necesidades de salud de la población, las barreras que enfrentan en la prestación de servicios y las propuestas de mejora. Grupos focales: Se organizarán grupos focales con líderes comunitarios y miembros activos de las veredas para discutir los avances y desafíos en el acceso a la salud, así como para identificar propuestas de mejora. La verificación del acceso efectivo a los servicios de salud es un proceso continuo que permite ajustar las estrategias de atención en salud en función de las necesidades cambiantes de la población. A través de esta evaluación, se busca garantizar que todas las familias del microterritorio tengan acceso a una atención de salud integral y de calidad.
10. Promoción de espacios de conciliación, concertación y medicación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS, cundo aplique.	La caracterización de las familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y Brisas del Polaco evidenció la necesidad de fortalecer los canales de comunicación y participación comunitaria en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud. Con el objetivo de involucrar activamente a los líderes comunitarios en la construcción de un sistema de salud más equitativo y eficiente, se implementó una estrategia de diálogo y concertación. La primera etapa consistió en convocar a los presidentes de junta de cada vereda a participar en espacios de diálogo, concertación y mediación. Dada la dificultad de reunir a los líderes de manera presencial, se optó por realizar llamadas telefónicas como medio de comunicación inicial. Esta decisión se tomó en consideración de las limitaciones de tiempo y acceso a transporte que enfrentan los líderes comunitarios en zonas rurales. Los espacios de diálogo se centraron en los siguientes temas: Necesidades de salud de la comunidad: Se identificaron las principales necesidades de salud de cada vereda, tomando en cuenta las particularidades de cada contexto. Barreras para el acceso a la salud: Se analizaron las barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud, como la distancia, el costo, la falta de información y la discriminación. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: Se discutieron estrategias para fortalecer los sistemas

	locales de salud, como la capacitación de promotores de salud, la mejora de la infraestructura y la articulación con otros actores. Participación comunitaria: Se promovió la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y en la implementación de acciones en salud. La implementación de esta estrategia permitió: Fortalecer los vínculos entre la comunidad y las instituciones: Se establecieron relaciones de confianza y colaboración entre los líderes comunitarios y los representantes de las instituciones de salud. Identificar soluciones locales a problemas locales: Se identificaron soluciones innovadoras y pertinentes a las necesidades de cada comunidad. Empoderar a los líderes comunitarios: Se fortaleció el liderazgo de los presidentes de junta y se promovió su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para conciliar los horarios de los líderes comunitarios, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer las capacidades de los participantes para la gestión de proyectos. La participación de los líderes comunitarios es fundamental para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en salud en zonas rurales. Los espacios de diálogo y concertación permiten construir soluciones conjuntas y empoderar a las comunidades para mejorar su propia salud.
11. Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población.	Se promueve y gestiona la articulación de los servicios de salud, saneamiento básico y medio ambiente, entre otros, para atender las necesidades de la población del micro territorio, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a la salud, la falta de alcantarillado. Las veredas rurales alejadas de centros urbanos enfrentan desafíos particulares en el acceso a servicios básicos, especialmente en el ámbito de la salud. La distancia geográfica, la falta de infraestructura vial y la escasez de recursos humanos y materiales dificultan la prestación de servicios de calidad. Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en salud en las veredas rurales, es necesario adoptar un enfoque integral que considere los siguientes aspectos: Participación comunitaria: Involucrar a las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de los programas de salud, fortaleciendo

	el sentido de pertenencia y asegurando la sostenibilidad de las acciones. Articulación intersectorial: Establecer alianzas entre los sectores de salud, educación, agricultura y desarrollo social para abordar de manera integral las necesidades de las comunidades rurales. Monitoreo y evaluación: Implementar sistemas de seguimiento y evaluación para medir el impacto de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios. Fortalecimiento institucional: Capacitar al personal de salud y a los líderes comunitarios para mejorar la gestión de los servicios y la atención a los pacientes. Salud mental: Implementar programas de promoción de la salud mental y atención a trastornos mentales, ya que estos problemas afectan de manera significativa la calidad de vida de las personas en zonas rurales. Salud reproductiva: Garantizar el acceso a servicios de planificación familiar y salud sexual, así como la atención integral a la mujer durante el embarazo y el parto. Enfermedades crónicas: Implementar programas de seguimiento y control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial. Al abordar de manera integral y sostenible los desafíos que enfrentan las veredas rurales en materia de salud, es posible mejorar significativamente la calidad de vida de sus habitantes y reducir las desigualdades en el acceso a servicios esenciales.
12. Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas.	La construcción de un plan integral para las veredas visitadas requieren de un enfoque participativo, intersectorial y sostenible. Al involucrar a las comunidades en todas las etapas del proceso, se puede garantizar que las soluciones sean pertinentes y duraderas, mejorando así la calidad de vida de los habitantes de estas zonas.Se socializa con las comunidades atendidas los resultados de la caracterización familiar y del entorno, realizada en el microterritorio, con el fin de generar conciencia sobre las necesidades y desafíos que enfrentan en materia de educación, salud y saneamiento básico, y promover la participación activa de la comunidad en la búsqueda de soluciones. Las visitas domiciliarias a veredas remotas constituyen un primer paso crucial para comprender las necesidades específicas de estas comunidades. Este diagnóstico participativo, al involucrar directamente a los habitantes, permite construir un mapa detallado de sus condiciones de vida, sus enfermedades más prevalentes, sus barreras de acceso a servicios y sus aspiraciones para el futuro.

13. Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el ministerio, los cuales incluyen la caracterización, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan.	Se ingresaron los datos de las 24 familias visitadas en el mes de julio en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco y posteriormente con todos los datos se suben los datos en la plataforma SURVEY. Esta información, que incluye datos personales, de salud y socioeconómicos, fue recopilada siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud. La herramienta se implementó con éxito y se estableció un protocolo de seguimiento para garantizar su correcto funcionamiento. Este enfoque permite optimizar la gestión de datos, mejorar la toma de decisiones y brindar servicios de salud más eficientes y precisos. La recolección de datos a través de visitas domiciliarias y su posterior sistematización en la plataforma Survei en la cual se recopilan datos familiares, datos de salud, datos socioeconómicos que representan un valioso activo para la gestión de la salud en las veredas visitadas. Sin embargo, para maximizar el potencial de esta información, es necesario ir más allá de los registros administrativos y construir un sistema de información más dinámico y visual. Se sistematiza y se reporta la información recolectada en la caracterización familiar y del entorno, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan, en los registros administrativos establecidos por el Ministerio. la creación de un SIG para la salud rural representa una oportunidad única para mejorar la calidad de vida de los habitantes de las veredas remotas. Al aprovechar la información recopilada en las visitas domiciliarias y al integrarla con otros sistemas de información, se puede construir una herramienta poderosa para la planificación, la implementación y la evaluación de las intervenciones en salud.

2. **PRODUCTOS ENTREGABLES:**

A continuación, se relacionan los documentos producidos durante el periodo de ejecución y que constituyen entregables a cargo del contratista:

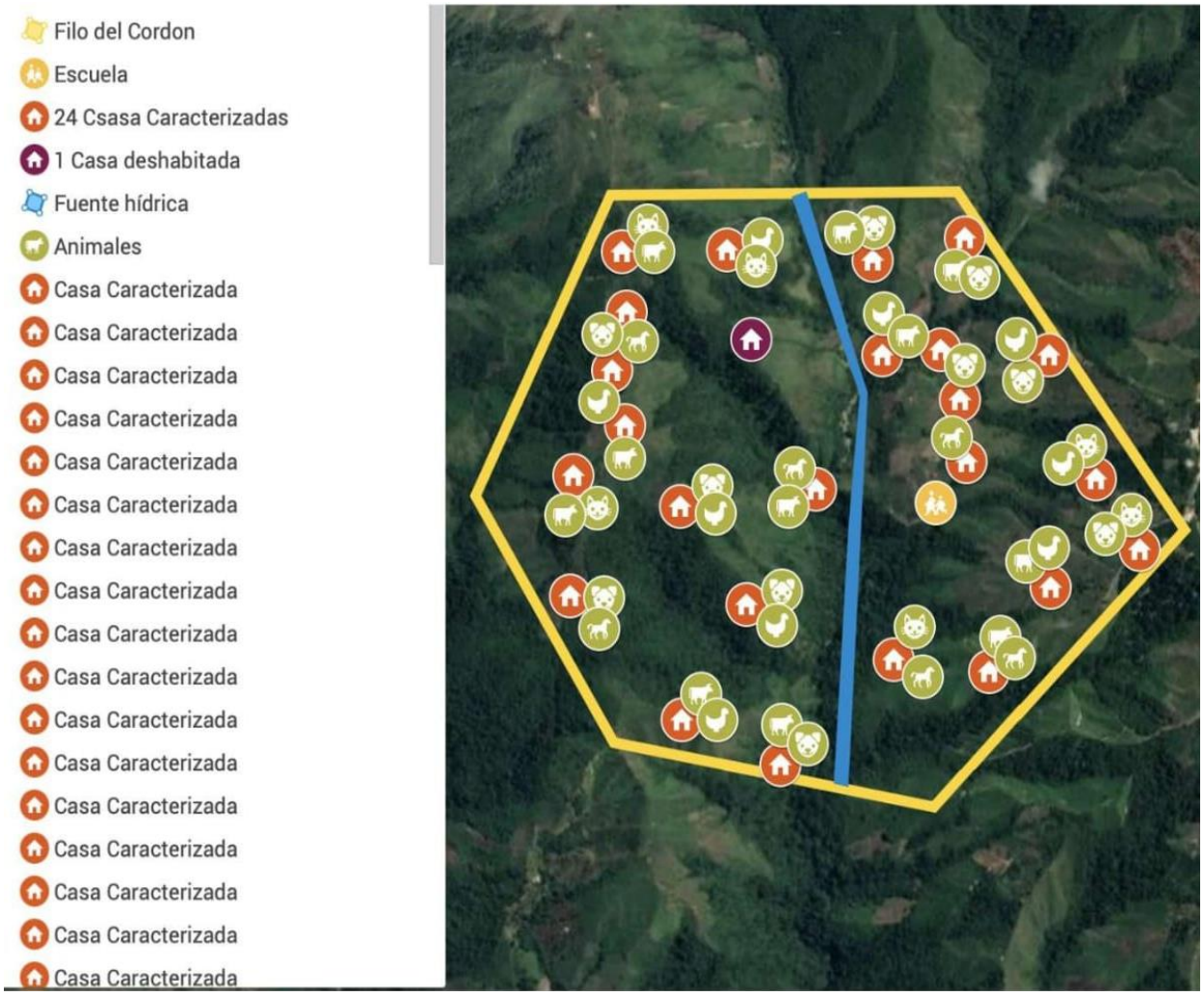
1. Se realizó la caracterización familiar en el mes de julio con el objetivo presentar los resultados de la caracterización familiar y del entorno, abarcando las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco. Esta investigación se llevó a cabo con el fin de optimizar la gestión de atenciones pendientes y brindar un abordaje integral a las necesidades de cada hogar, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta disponibles. Se realizaron un total de 24 caracterizaciones, las cuales incluyeron un análisis detallado de 24 familias. Se realizó un análisis exhaustivo de las condiciones de vida de familias rurales que carecen de acceso a servicios esenciales como salud, agua potable y recolección de residuos. Para ello, se emplearon registros administrativos y herramientas de evaluación personalizadas, las cuales permitieron obtener una visión integral de su situación. Los resultados revelaron un panorama de marcada vulnerabilidad. La mayoría de las familias estudiadas se encuentran en condiciones de pobreza, con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Esta situación se agrava por la falta de oportunidades laborales estables en el área rural, lo que limita su capacidad adquisitiva y restringe su acceso a bienes y servicios la actividad laboral e la región se basa en la agricultura. La carencia de servicios básicos constituye una de las principales problemáticas enfrentadas por estas familias. La ausencia de un sistema de salud adecuado dificulta el acceso a atención médica oportuna y de calidad, exponiéndolas a un mayor riesgo de enfermedades y complicaciones. La falta de agua potable representa un grave peligro para su salud, ya que las fuentes de agua no tratadas pueden estar contaminadas con bacterias y otros patógenos.
   En cuanto a la gestión de residuos, la práctica común de quemar la basura genera diversos problemas ambientales y de salud. La quema a cielo abierto libera contaminantes al aire, lo que puede provocar enfermedades respiratorias, irritación de ojos y piel, y a largo plazo, aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Además, contribuye al deterioro de la calidad del aire y al cambio climático. Las viviendas de estas familias suelen ser precarias, construidas con materiales de baja calidad y carentes de las condiciones mínimas de habitabilidad. La falta de aislamiento térmico y la deficiente ventilación exponen a sus habitantes a condiciones climáticas extremas y favorecen la proliferación de insectos y roedores.
   El entorno social en el que viven estas familias también influye en su calidad de vida. El aislamiento geográfico, la falta de infraestructura vial y las limitadas oportunidades de educación y recreación contribuyen a la sensación de marginalidad y a la dificultad para acceder a servicios públicos. Las dificultades para satisfacer las necesidades básicas generan tensiones y conflictos al interior de las familias. La falta de acceso a agua potable obliga a las mujeres a dedicar una gran cantidad de tiempo a la recolección de agua, lo que limita su participación en otras actividades y restringe sus oportunidades de desarrollo. La situación de vulnerabilidad en la que viven estas familias tiene profundas implicaciones para su bienestar y desarrollo. La falta de acceso a servicios básicos afecta su salud física y mental, limita sus oportunidades educativas y laborales, y restringe su participación en la vida social y comunitaria. En las condiciones socioeconómicas, dinámicas familiares y entorno social se encontró: en las dinámicas familiares se observaron hogares monoparentales, familias numerosas y presencia de miembros con discapacidad. En las características de las viviendas se presentan deficiencias en cuanto a infraestructura, hacinamiento y falta de servicios básicos como agua potable y saneamiento.
   En cuanto al entorno social, el acceso a servicios básicos como salud y educación es limitado, especialmente en las veredas. Las vías de acceso son precarias, lo que dificulta la movilidad y el acceso a centros de salud. La caracterización realizada permitió identificar las principales necesidades de las familias en las zonas estudiadas. Se evidenció una situación de vulnerabilidad social y económica, con acceso limitado a servicios básicos y un entorno social desfavorable. En cuanto a la realización de las caracterizaciones que realizamos en las diferentes veredas nos encontramos con los siguientes obstáculos; como lo son familias que no nos permitieron la realización de la caracterización, encontramos viviendas deshabitadas, casas en las cuales no había nadie en el momento de la visita; en el mes de julio en la vereda la pacha se encontraron 3 casas deshabitadas, en el barrio brisas del polaco se encontraron 7 casas cerradas, 4 casas deshabitadas, y 20 casas no nos permitieron realizar la caracterización,

en la vereda filo del cordón se encontró una casa deshabitada, en la vereda San Francisco se encontraron dos casas deshabitadas, En cuanto a la infraestructura de las viviendas, en la mayoría de los casos, estas están construidas con materiales rústicos, tales como tapia pisada, techos en zinc, pisos en tierra o cemento, en mucho casos encontramos hacinamiento en las viviendas, casos en los que nunca se les había dado atención odontológica a los niños..



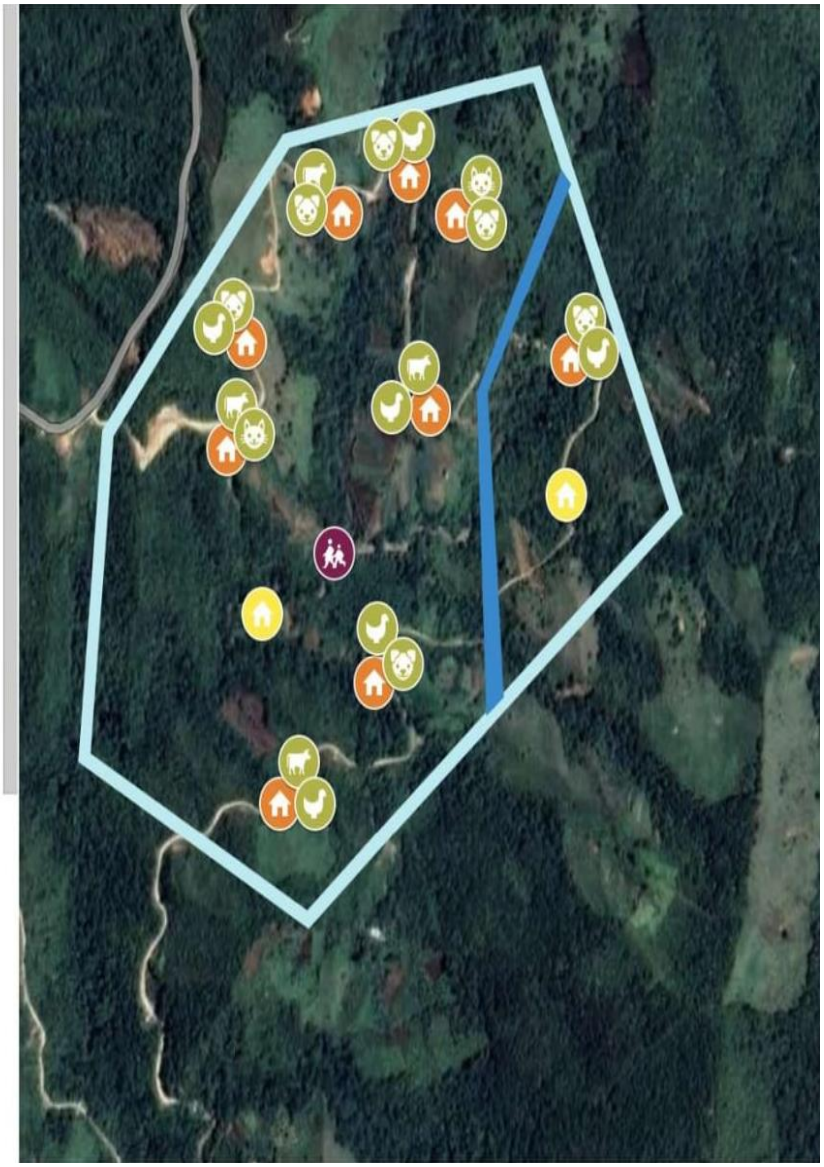


CARTOGRAFÍA DE LA VEREDA FILO DEL CORDÓN

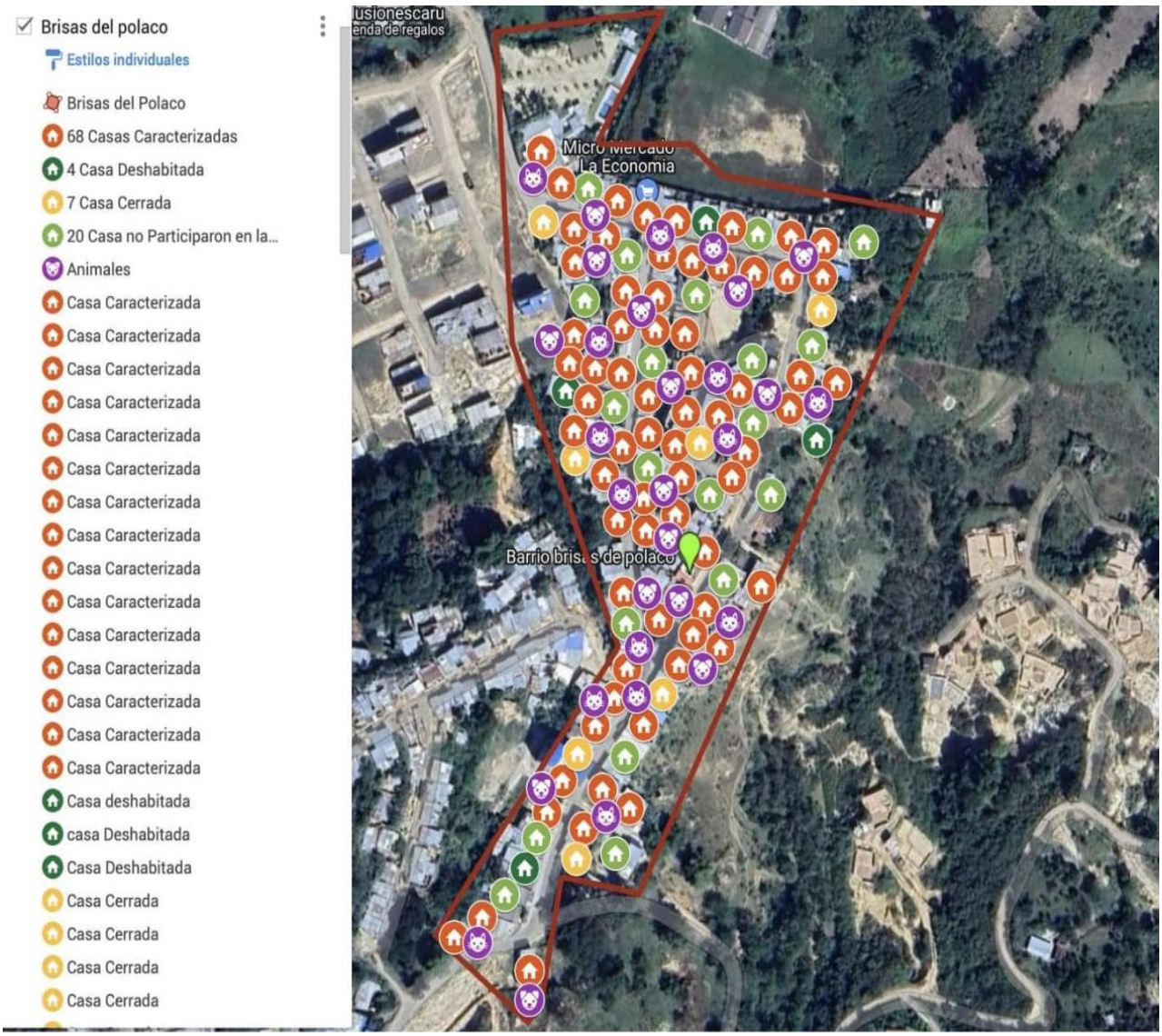


CARTOGRAFÍA DE LA VEREDA SAN FRANCISCO

San Francisco
9 Casa Caracterizada
2 Casa deshabitada
Escuela
Fuente Hídrica
Animales
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
Casa Caracterizada
casa deshabitada
Animales
Animales
Animales
Animales
Animales
Animales
Animales

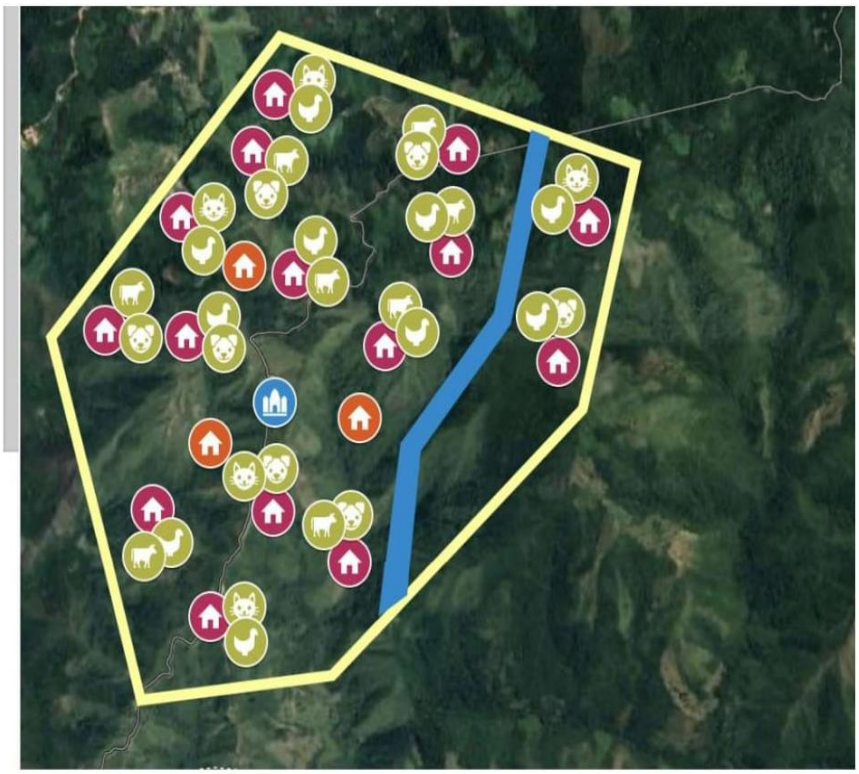


CARTOGRAFÍA DEL BARRIO BRISAS DEL POLACO



CARTOGRAFÍA DE LA VEREDA LA PACHA

La Pacha
15 Casas Caracterizadas
3 Casa deshabitada
Iglesia Evangélica
Fuente Hídrica
Animales
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada
Casa caracterizada



2. La caracterización detallada de 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco reveló una realidad social y sanitaria compleja, marcada por la escasez de recursos, la lejanía de los centros urbanos y la carencia de servicios básicos como salud, agua potable y recolección de residuos. Ante este panorama, se diseñó una intervención integral con el objetivo de fortalecer los tejidos sociales y comunitarios, mejorar el acceso a la salud y promover el bienestar de estas familias. Las actividades se centraron en la escuela de la vereda Nuevo Amanecer, un espacio estratégico para llegar a un mayor número de personas y generar procesos de transformación social. Redes sociales y comunitarias: Se fomentó la participación activa de los miembros de la comunidad en la identificación de sus propias necesidades y en la búsqueda de soluciones colectivas. A través de talleres y encuentros comunitarios, se fortalecieron los lazos de confianza y se promovió la colaboración entre vecinos. Zonas de orientación escolar: Se establecieron espacios de apoyo académico para los estudiantes, con el objetivo de mejorar su rendimiento escolar y brindarles herramientas para continuar sus estudios. Además, se realizaron actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, dirigidas tanto a los estudiantes como a sus familias. Centros de escucha: Se crearon espacios seguros donde los miembros de la comunidad pudieran expresar sus inquietudes, miedos y experiencias de vida. Estos centros de escucha permitieron identificar casos de violencia, maltrato infantil y otras situaciones de riesgo, y canalizar a las personas hacia los servicios de apoyo necesarios.
   Educación para la salud: Se implementaron programas educativos dirigidos a promover hábitos saludables, prevenir enfermedades y fomentar el autocuidado. Los temas abordados incluyeron nutrición, higiene, prevención de enfermedades infecciosas y primeros auxilios. Estrategias de información en salud: Se diseñaron materiales informativos sencillos y accesibles, adaptados a las características de la comunidad, para difundir conocimientos sobre salud y enfermedades comunes en la zona. Procesos de rehabilitación basada en comunidad: Se implementaron programas de rehabilitación para personas con discapacidad o enfermedades crónicas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y su participación en la comunidad. Los resultados obtenidos a través de esta intervención fueron variados y positivos. Se observó un fortalecimiento de los lazos comunitarios, una mayor conciencia sobre la importancia de la salud y un aumento en la participación de las familias en las actividades comunitarias. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la persistencia de las desigualdades sociales, la dificultad para acceder a servicios especializados y la necesidad de contar con recursos económicos sostenibles a largo plazo. La experiencia implementada en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco demuestra la importancia de las intervenciones comunitarias para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones rurales más vulnerables. Sin embargo, es fundamental reconocer que estos procesos requieren de un compromiso a largo plazo y de la articulación de esfuerzos entre diferentes actores sociales y gubernamentales. Con base en las caracterizaciones realizadas a las 21 familias en las veredas de la pacha, vereda Nuevo amanecer, vereda san pedro y brisas del polaco, se buscó fortalecer las redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud, estrategias de información en salud y procesos de rehabilitación basada en comunidad, de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades establecidas en el territorio

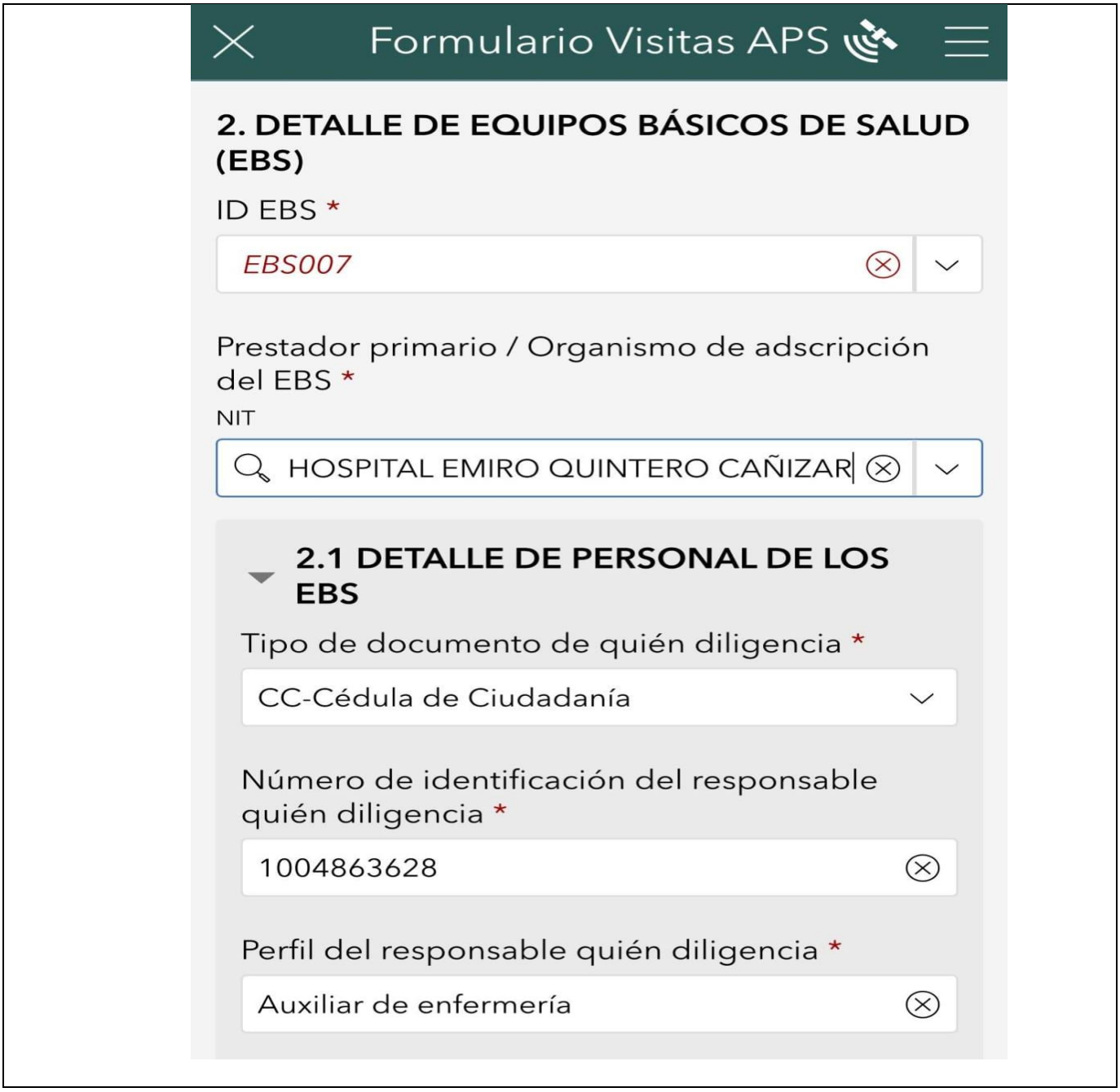


3. Con el objetivo de brindar una respuesta integral a las necesidades de salud identificadas en las 24 familias caracterizadas en las veredas La Pacha, Nuevo Amanecer, San Pedro y Brisas del Polaco, se diseñó y ejecutó un Plan Integral de Cuidado Primario. Este plan, fundamentado en los resultados de la caracterización inicial, se enfocó en garantizar intervenciones personalizadas y adaptadas a cada familia, considerando su ciclo de vida y las particularidades de su contexto. El plan reconoció a la familia como la unidad básica de atención y promoción de la salud. Se realizaron visitas domiciliarias regulares para evaluar el estado de salud de cada miembro familiar, identificar factores de riesgo y brindar consejería personalizada. Se prestó especial atención a la población materno perinatal, ofreciendo acompañamiento durante el embarazo, el parto y el puerperio, con el objetivo de garantizar una atención segura y de calidad. A partir de la información recopilada en la caracterización, se procedió a realizar una valoración detallada de los riesgos a los que estaban expuestas las familias, como enfermedades crónicas, desnutrición, violencia intrafamiliar y condiciones de vivienda inadecuadas. Con base en esta valoración, se diseñaron estrategias de promoción de la salud específicas para cada familia, abordando temas como nutrición, higiene, prevención de enfermedades infecciosas y vacunación. Se implementaron diversas actividades de educación para la salud, utilizando metodologías participativas y materiales didácticos adaptados a las características de la población. Los temas abordados incluyeron: Ciclo de vida: Embarazo, lactancia materna, crecimiento y desarrollo infantil, salud sexual y reproductiva, salud de la mujer y del hombre adulto, y cuidados de los adultos mayores. Prevención de enfermedades: Enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes domésticos y violencia. Hábitos saludables: Alimentación saludable, actividad física, higiene personal y ambiental.
   A través de estas actividades, se buscó empoderar a las familias para que tomaran decisiones informadas sobre su salud y participar activamente en el cuidado de sí mismas y de sus seres queridos. Se estableció una estrecha colaboración con otras instituciones y organizaciones presentes en el territorio, como centros de salud, escuelas, organizaciones comunitarias y gobiernos locales. Esta articulación permitió complementar los servicios ofrecidos por el equipo de salud y garantizar una atención integral a las familias. La implementación del plan integral permitió alcanzar diversos logros, como la mejora en el estado de salud de las familias, la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad infantil, y el fortalecimiento de los vínculos entre los miembros de la comunidad. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para acceder a servicios especializados, la falta de

recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional.






Formulario Visitas APS
2. DETALLE DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS)
ID EBS *
EBS007
Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS *
NIT
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAR
2.1 DETALLE DE PERSONAL DE LOS EBS
Tipo de documento de quién diligencia *
CC-Cédula de Ciudadanía
Número de identificación del responsable quién diligencia *
1004863628
Perfil del responsable quién diligencia *
Auxiliar de enfermería

FORMATO SEGUIMIENTO DE HISTORIA CLINICAS XLSX

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

Guardado en Drive

Compartir

A1 FECHA VISITA CARACTERIZACION

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	FECHA VISITA CARACTERIZACION	Tipo	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRE USUARIO	EDAD	GENERO	REGIMEN DE AFILIACIÓN Y NOMBRE DE LA EAPB	TELEFONO	CICLO DE VIDA (RIMERA INFANCIA (Desde la gestación hasta los 5 años) INFANCIA (6 a 11 años) ADOLESENCIA (12 a 17 años) JUVENTUD (18 a 28 años) ADULTEZ (29 a 59 años) VEJEZ (60 años y mas) MATERNOPERINATAL	DIAGNOSTICO
121	12/06/2024	CC	1005047147	FELIZA CANUCUSJARA CHIMANA ABERDORA	34 AÑOS	FEMENNO	SANITAS		ADULTO	MALARIA EN TRATAMIENTO, OBSESIDAD GRADO 1
122	13/06/2024	TI	1093913784	YULI CHIRIGBASHARA ABIAYA SAGYERA	13 AÑOS	FEMENINO	SANITAS		ATENCION MATERNO PERINATAL	BAJO ESO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y FALTA DE CONTROL PRENATAL
130										
131	24/05/2024	CC	1.065.204.826		33 Años	Femenina	COMFAORIENTE	3133954065	ADULTEZ	NO APLICA

Esperando a play.google.com...

Se muestran 2 de 128 filas

VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS EQUIPO 5 OCAÑA - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Iniciar sesión

A1 HISTORIAS CLINICA EQUIPO 5 OCAÑA

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2	HISTORIAS CLINICA EQUIPO 5 OCAÑA								
3	FECHA DE CARACTERIZACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO	EDAD	GÉNERO	SEGMENTO	OBSERVACIONES AFILIACIÓN SGSSS	REGIMEN
4	05/06/2024	Yazmín Celis Barbosa	cc	1063618050	36 años	femenino	morbilidad -	Coosalud	SUBSIDIADO
5	05/06/2024	Luis Emiro Ortiz	cc	88282244	48 años	Masculino	Morbilidad	Nueva Eps	SUBSIDIADO
6	05/06/2024	Wilson Quintero Gaona	cc	1977484	46 años	Masculino	Morbilidad	Coosalud	SUBSIDIADO
7	05/06/2024	Rafael Emilio Uribe Navarro	cc	88139956	61 años	Masculino	Enfermedad crónica	Sanitas	SUBSIDIADO
8	18/06/2024	Yair Trillos Rojas	ti	1092181343	14 años	masculino	morbilidad	Coosalud	SUBSIDIADO
9	18/06/2024	Vinael Trillos Rojas	cc	1979775	41 años	masculino	morbilidad	coosalud	SUBSIDIADO
10	18/06/2024	María Elvira Pineda Pabon	cc	37330174	57 años	femenina	morbilidad	Sanitas	SUBSIDIADO
11	18/06/2024	Vicente Antonio Ortiz	cc	88141035	59 años	Masculino	Morbilidad	Sin afiliación a servicios	SUBSIDIADO
12	18/06/2024	Maria Cristina Rodriguez	cc	60416350	58 años	femenina	Morbilidad	Sin afiliación a servicios	SUBSIDIADO

4. La caracterización de las familias en las veredas rurales reveló un perfil de salud complejo, marcado por la prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, así como la presencia de factores de riesgo asociados a enfermedades bucales, respiratorias (como el asma) y otras condiciones de salud. Para obtener una comprensión más profunda de la situación de salud de estas comunidades, se llevó a cabo un proceso de recolección de información que complementó los datos obtenidos en la caracterización inicial. Revisión de perfiles familiares: Se

realizó un análisis exhaustivo de los perfiles familiares elaborados, poniendo especial atención en la historia clínica de cada miembro, los hábitos de vida, las condiciones de vivienda y el acceso a servicios de salud. Entrevistas individuales: Se realizaron entrevistas semiestructuradas con miembros de cada familia, con el objetivo de explorar en profundidad sus percepciones sobre su salud, los factores que influyen en ella y las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de salud. Grupos focales: Se organizaron grupos focales con representantes de la comunidad, como líderes comunitarios, agentes de salud y personas mayores, para discutir temas relacionados con la salud, identificar los principales problemas y generar propuestas de solución. A partir de la información recopilada, se procedió a identificar los riesgos a nivel individual, familiar y comunitario. Riesgo individual: Se identificaron los factores de riesgo asociados a cada enfermedad, como la edad, la historia familiar, los hábitos de vida sedentarios, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, y el estrés. Riesgo familiar: Se evaluaron los factores de riesgo a nivel familiar, como la presencia de enfermedades crónicas en varios miembros de la familia, las condiciones de vivienda insalubres y la falta de acceso a agua potable. Riesgo comunitario: Se analizaron los factores de riesgo a nivel comunitario, como la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la escasez de recursos económicos, las condiciones geográficas adversas y la falta de educación en salud. Los resultados de esta investigación permitieron identificar una serie de desafíos y oportunidades para mejorar la salud de las comunidades rurales. Entre los hallazgos más relevantes se destacan: Alta prevalencia de enfermedades crónicas: La hipertensión arterial y la diabetes se identificaron como las enfermedades más prevalentes, lo que representa un importante problema de salud pública. Factores de riesgo modificables: Se identificaron numerosos factores de riesgo modificables, como los hábitos de vida sedentarios y la alimentación inadecuada, que pueden ser abordados a través de intervenciones preventivas. Barreras para el acceso a la salud: La distancia a los centros de salud, la falta de transporte, los costos de los medicamentos y la falta de información sobre los servicios disponibles se identificaron como las principales barreras para el acceso a la salud. Necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud: Se evidenció la necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud, mediante la capacitación del personal de salud, la dotación de los centros de salud con los recursos necesarios y la implementación de programas de promoción de la salud. Los resultados de esta investigación resaltan la importancia de abordar de manera integral los problemas de salud de las comunidades rurales, considerando tanto los factores individuales como los factores sociales y ambientales. Para garantizar que la información llegara a todas las familias, se implementaron diversas estrategias de comunicación y educación, entre las que se destacan: Visitas domiciliarias: Se realizaron visitas domiciliarias para brindar información personalizada a cada familia, respondiendo a sus inquietudes y orientándolas sobre los servicios disponibles. Talleres informativos: Se organizaron talleres grupales en los que se abordaron temas como la prevención de enfermedades, la importancia de los controles médicos periódicos, la salud sexual y reproductiva, la nutrición y la higiene. Materiales educativos: Se elaboraron materiales educativos sencillos y claros, como folletos, afiches y videos, que fueron distribuidos en las comunidades. Utilización de medios locales: Se aprovechó la radio comunitaria y otros medios de comunicación locales para difundir mensajes clave sobre salud. Se realizó la recolección de información, también se revisaron los perfiles familiares elaborados en la etapa de caracterización, posteriormente se realizaron entrevistas y grupos focales con miembros de la comunidad para recopilar información sobre los riesgos percibidos y las experiencias vividas, esto con el fin de identificar riesgo individual, familiar, y comunitario de la población.




5. La caracterización de las 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco permitió identificar las necesidades específicas en salud de estas comunidades rurales. Con base en esta información, se diseñó e implementó una estrategia de intervención integral que buscó garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y promover la salud y el bienestar de los habitantes. Una de las acciones prioritarias fue la de brindar información clara, completa y oportuna sobre los servicios de salud a los que tienen derecho las familias. Esta labor se llevó a cabo considerando la diversidad de las comunidades, es decir, teniendo en cuenta los diferentes momentos del curso de vida (infancia, adolescencia, adultez, vejez), el sexo-género, la etnia, las condiciones socioeconómicas y las particularidades del entorno ambiental de cada vereda. La información brindada a las familias incluyó: Derechos en salud: Se informó a las familias sobre sus derechos como usuarios del sistema de salud y los mecanismos para hacerlos valer. Servicios disponibles: Se describieron los servicios de salud disponibles en el área, como atención médica primaria, vacunación, planificación familiar, salud bucal y atención a enfermedades crónicas. Cómo acceder a los servicios: Se explicó el procedimiento para acceder a los servicios de salud, incluyendo la forma de solicitar citas, los documentos requeridos y los costos asociados. Prevención de enfermedades: Se proporcionó información sobre las principales enfermedades que afectan a las comunidades y las medidas preventivas que pueden tomar las personas. Promoción de hábitos saludables: Se promovieron hábitos saludables como una alimentación balanceada, la actividad física regular, el no fumar y el consumo moderado de alcohol. La implementación de esta estrategia permitió alcanzar diversos logros, como un mayor conocimiento de los servicios de salud disponibles, una mejor comprensión de los riesgos para la salud y una mayor participación de las familias en el cuidado de su salud. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para llegar a las familias más aisladas, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional. La experiencia implementada en las veredas visitadas demuestra la importancia de brindar información clara y oportuna a las comunidades rurales para mejorar su acceso a los servicios de salud y promover hábitos de vida saludables. Sin embargo, es fundamental reconocer que estos procesos requieren de un compromiso a largo plazo y de la articulación de esfuerzos entre diferentes actores sociales y gubernamentales. Se brindó información

clara, completa y oportuna sobre la oferta de servicios a los que tienen derecho las 24 familias caracterizadas, considerando los diferentes momentos del curso de vida, sexo-género, etnia, condiciones socioeconómicas y ambientales.





6. La caracterización de las 24 familias residentes en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco permitió identificar una necesidad fundamental: garantizar el acceso de todas las familias al sistema de seguridad social en salud. Con el objetivo de mejorar la cobertura y garantizar una atención integral, se llevó a cabo una intervención focalizada en la afiliación de aquellas familias que aún no contaban con este beneficio. A través de la revisión detallada de los perfiles familiares elaborados en la etapa de caracterización, se identificaron las familias que no estaban afiliadas al sistema de seguridad social en salud. Esta información fue crucial para diseñar una estrategia de intervención dirigida y efectiva. Con el fin de facilitar los trámites de afiliación, se estableció una estrecha coordinación con la Empresa Social del Estado (ESE) Emiro Quintero Cañizares. Esta articulación permitió contar con el apoyo de los profesionales de la salud de la ESE, quienes brindaron la asesoría necesaria para realizar los trámites de manera ágil y eficiente. Se diseñó un plan de acompañamiento personalizado para cada una de las familias no afiliadas, con el objetivo de brindarles toda la información necesaria y facilitar los trámites. Este acompañamiento incluyó: Visitas domiciliarias: Se realizaron visitas domiciliarias para explicar los beneficios de la afiliación al sistema de seguridad social, los requisitos para afiliarse y los pasos a seguir. Orientación personalizada: Se brindó orientación personalizada a cada familia, resolviendo sus dudas y acompañándolas en la realización de los trámites. Simplificación de trámites: Se simplificaron al máximo los trámites de afiliación, buscando reducir la carga administrativa para las familias. Gracias a esta intervención, se logró aumentar significativamente el número de familias afiliadas al sistema de seguridad social en las veredas estudiadas. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la falta de documentación de algunas

familias, la dificultad para desplazarse a los centros de salud y la necesidad de realizar campañas de sensibilización continuas.Se revisaron los perfiles familiares elaborados en la etapa de caracterización para identificar las familias que no se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social en salud actualmente y se le brindó a información necesaria para que realicen los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado (ESE) Emiro quintero Cañizares.





7. La caracterización de las familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco evidenció la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de estas comunidades, se diseñó e implementó una estrategia de sensibilización enfocada en la importancia de la atención en salud preventiva y la detección temprana de enfermedades. La estrategia de sensibilización se centró en las prioridades en salud pública que afectan de manera significativa a las comunidades rurales, como: Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y enfermedades transmitidas por vectores. Salud materna e infantil: Embarazo saludable, lactancia materna, vacunación y crecimiento y desarrollo infantil. Salud sexual y reproductiva: Prevención de enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar. La sensibilización de la población es un aspecto fundamental para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades rurales. Los resultados obtenidos en las veredas estudiadas demuestran la importancia de implementar estrategias de comunicación efectivas y de adaptar los mensajes a las características y necesidades de cada comunidad.Se sensibilizó a la población sobre la importancia de la atención en salud preventiva y la detección temprana de enfermedades, especialmente aquellas relacionadas con las prioridades en salud pública y que ocasionan un alto impacto en la salud de la comunidad.





ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES — CODIGO:FOR - PYM -001

PROCESO DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD — VERSIÓN:3

Formato de registro de inducción a la demanda de servicios de salud — VIGENCIA: 2024 — Página: 1 de 1

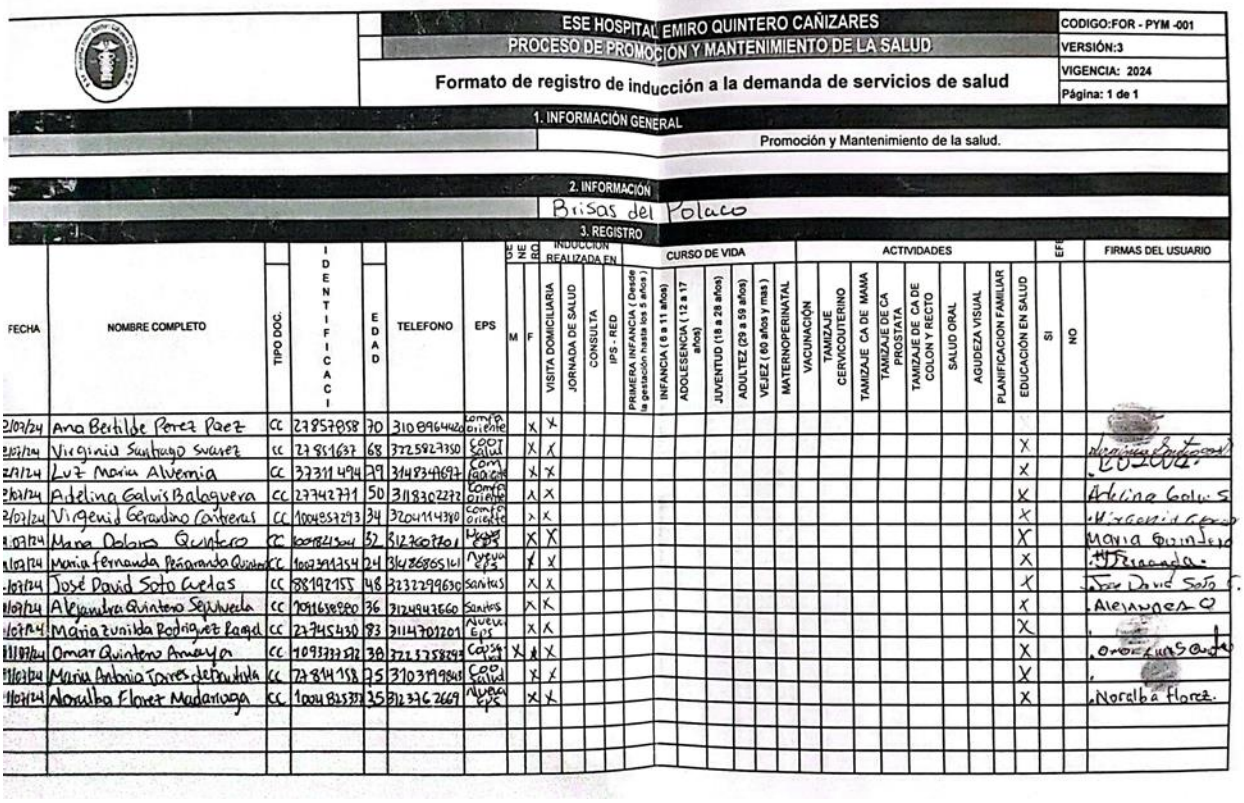
1. INFORMACIÓN GENERAL

Promoción y Mantenimiento de la salud.

2. INFORMACIÓN

3. REGISTRO

FECHA	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC.	IDENTIFICACI	EDAD	TELEFONO	EPS	SEXO M	SEXO F	INDUCCIÓN REALIZADA EN: VISITA DOMICILIARIA	JORNADA DE SALUD	CONSULTA	IPS - RED	CURSO DE VIDA: PRIMERA INFANCIA (Desde la gestación hasta los 5 años)	INFANCIA (6 a 11 años)	ADOLESENCIA (12 a 17 años)	JUVENTUD (18 a 28 años)	ADULTEZ (29 a 59 años)	VEJEZ (60 años y mas)	MATERNOPERINATAL	ACTIVIDADES: VACUNACIÓN	TAMIZAJE CERVICOUTERINO	TAMIZAJE CA DE MAMA	TAMIZAJE DE CA PROSTATA	TAMIZAJE DE CA DE COLON Y RECTO	SALUD ORAL	AGUDEZA VISUAL	PLANIFICACION FAMILIAR	EDUCACIÓN EN SALUD	EFE SI	EFE NO	FIRMAS DEL USUARIO
24/03	Fidelina Martinez coronel	CC	37313680	63	3126529393	Nueva EPS		X																						
	Saul Arias Covalano	CC	13765603	87	3144564474	Coosalud	X																							
	Yamile martinez Coronel	CC	37737090	43	3144564474	Coosalud		X																						
	Horacio Arias martinez	CC	1063791378	24	3044834493	Sanitas	X																							
	Omar León Ortega.	CC	5469655	42	3144214532	Nueva EPS	X																							
	Gloria Ines Navarro Caceres	CC	37331521	47	3166576967	Sanitas		X																						
	Santiago Guerrero Navarro	CC	1092730431	20	3166576961	Comfenalco	X																							
	Concepción Coronel Arias	CC	37325758	53	3216868222	Coosalud		X																						
	Ana milena Peñaranda Arias	CC	1091596006	27	3134958236	Coosalud		X																						
	Ana cecilia Martinez coronel	CC	37315835	60	3115060388	Sanitas		X																						
	Carlos jose Martinez	CC	88133897	61		Coosalud	X																							
	edwin esquivel cabrol	CC	1090887870	42		Nueva EPS	X																							
	Dilia Rosa arias	CC	37363058	76		Comfenalco Verde		X																						
	Ramón David Arias Covaleda	CC	13762751	67	3155886628		X																							



ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

CODIGO:FOR - PYM -001
VERSIÓN:3
VIGENCIA: 2024
Página: 1 de 1

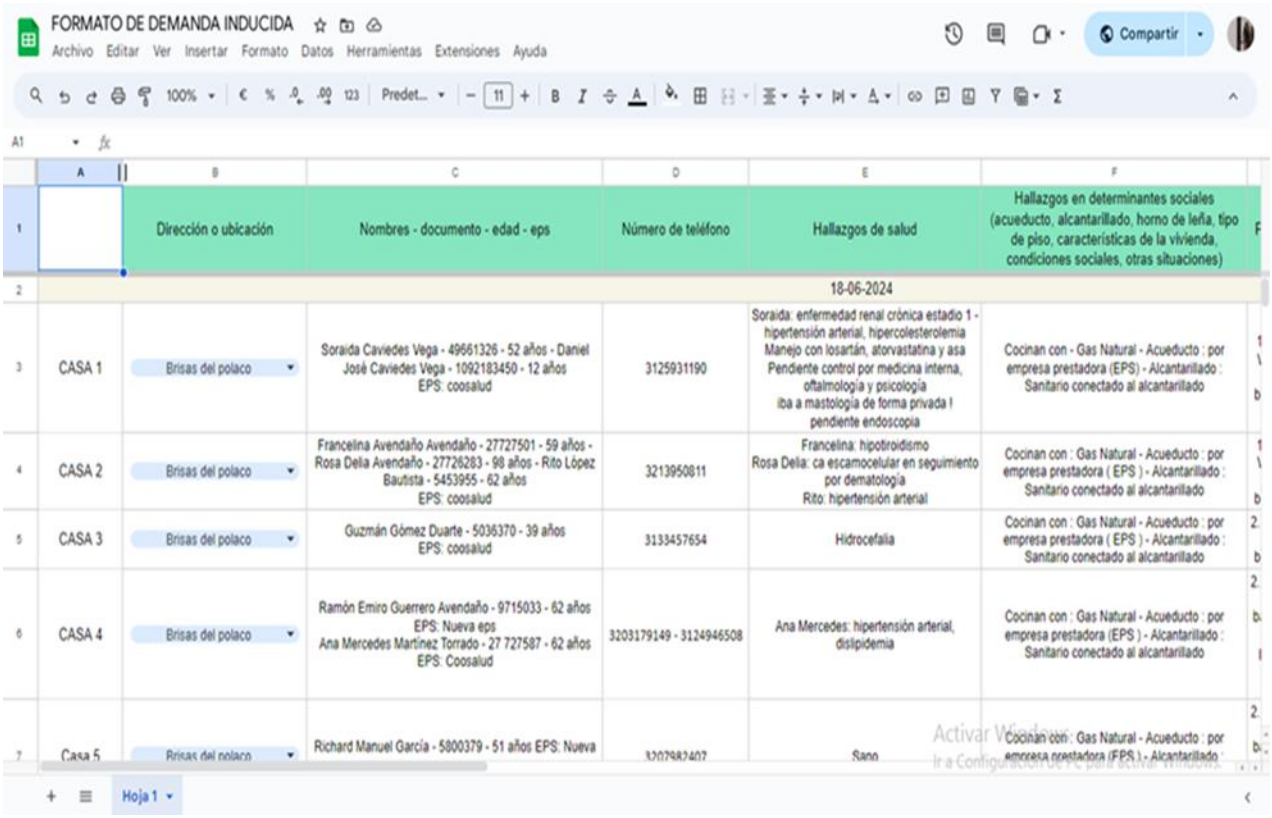
Formato de registro de inducción a la demanda de servicios de salud

1. INFORMACIÓN GENERAL: Promoción y Mantenimiento de la salud.

2. INFORMACIÓN: Brisas del Polaco

3. REGISTRO

FECHA	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC.	IDENTIFICACI	EDAD	TELEFONO	EPS	SEXO M	SEXO F	INDUCCIÓN REALIZADA EN: VISITA DOMICILIARIA	JORNADA DE SALUD	CONSULTA	IPS - RED	CURSO DE VIDA: PRIMERA INFANCIA (Desde la gestación hasta los 5 años)	INFANCIA (6 a 11 años)	ADOLESCENCIA (12 a 17 años)	JUVENTUD (18 a 28 años)	ADULTEZ (29 a 59 años)	VEJEZ (60 años y mas)	MATERNOPERINATAL	ACTIVIDADES: VACUNACIÓN	TAMIZAJE CERVICOUTERINO	TAMIZAJE CA DE MAMA	TAMIZAJE DE CA PROSTATA	TAMIZAJE DE CA DE COLON Y RECTO	SALUD ORAL	AGUDEZA VISUAL	PLANIFICACION FAMILIAR	EDUCACIÓN EN SALUD	EFE: SI	EFE: NO	FIRMAS DEL USUARIO
2/07/24	Ana Bertilde Perez Paez	CC	27857958	70	3108964420	comfa oriente		X	X																			X		
2/07/24	Virginia Santiago Suarez	CC	27851637	68	3225827350	COOT Salud		X	X																			X		
2/7/24	Luz Maria Alvernia	CC	37311494	79	3148349697	Comfa oriente		X	X																			X		
2/07/24	Adelina Galvis Balaguera	CC	27742771	50	3118302223	comfa oriente		X	X																			X		
2/07/24	Virgenid Geraldino Contreras	CC	1004857293	34	3204114380	comfa oriente		X	X																			X		
1.07/24	Maria Dolores Quintero	CC	1004821304	52	3123609801	Nueva EPS		X	X																			X		
1/07/24	Maria fernanda Peñaranda Quintero	CC	1007391754	24	3143685516	Nueva EPS		X	X																			X		
1.07/24	José David Soto Cuellas	CC	88192755	48	3232299630	Sanitas		X	X																			X		
1/07/24	Alejandra Quintero Sepulveda	CC	1091688980	36	3124943660	Sanitas		X	X																			X		
1/07/24	Maria Zunilda Rodriguez Ragal	CC	27745430	83	3114702201	Nueva Eps		X	X																			X		
1/07/24	Omar Quintero Amaya	CC	1093333572	38	3225258249	Coosalud	X		X																			X		
1/07/24	Maria Antonia Torres de Pinilla	CC	27834758	75	3103799845	Coosalud		X	X																			X		
1/07/24	Norelba Florez Maldonado	CC	1004815377	35	3123762669	Nueva EPS		X	X																			X		



FORMATO DE DEMANDA INDUCIDA

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Extensiones Ayuda

Compartir

	A	B	C	D	E	F
1		Dirección o ubicación	Nombres - documento - edad - eps	Número de teléfono	Hallazgos de salud	Hallazgos en determinantes sociales (acueducto, alcantarillado, horno de leña, tipo de piso, características de la vivienda, condiciones sociales, otras situaciones)
2					18-06-2024	
3	CASA 1	Brisas del polaco	Soraida Caviedes Vega - 49661326 - 52 años - Daniel José Caviedes Vega - 1092183450 - 12 años EPS: coosalud	3125931190	Soraida: enfermedad renal crónica estadio 1 - hipertensión arterial, hipercolesterolemia Manejo con losartán, atorvastatina y asa Pendiente control por medicina interna, oftalmología y psicología iba a mastología de forma privada l pendiente endoscopia	Cocinan con - Gas Natural - Acueducto : por empresa prestadora (EPS) - Alcantarillado : Sanitario conectado al alcantarillado
4	CASA 2	Brisas del polaco	Francelina Avendaño Avendaño - 27727501 - 59 años - Rosa Delia Avendaño - 27726283 - 98 años - Rito López Bautista - 5453955 - 62 años EPS: coosalud	3213950811	Francelina: hipotroidismo Rosa Delia: ca escamocelular en seguimiento por dematología Rito: hipertensión arterial	Cocinan con : Gas Natural - Acueducto : por empresa prestadora (EPS) - Alcantarillado : Sanitario conectado al alcantarillado
5	CASA 3	Brisas del polaco	Guzmán Gómez Duarte - 5036370 - 39 años EPS: coosalud	3133457654	Hidrocefalia	Cocinan con : Gas Natural - Acueducto : por empresa prestadora (EPS) - Alcantarillado : Sanitario conectado al alcantarillado
6	CASA 4	Brisas del polaco	Ramón Emiro Guerrero Avendaño - 9715033 - 62 años EPS: Nueva eps Ana Mercedes Martínez Torrado - 27 727587 - 62 años EPS: Coosalud	3203179149 - 3124946508	Ana Mercedes: hipertensión arterial, dislipidemia	Cocinan con : Gas Natural - Acueducto : por empresa prestadora (EPS) - Alcantarillado : Sanitario conectado al alcantarillado
7	Casa 5	Brisas del polaco	Richard Manuel García - 5800379 - 51 años EPS: Nueva	3207987407	Sano	Cocinan con : Gas Natural - Acueducto : por empresa prestadora (EPS) - Alcantarillado

Hoja 1

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

8. La caracterización de las 24 familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y Brisas del Polaco sirvió como punto de partida para diseñar un plan de visitas domiciliarias focalizado en las necesidades específicas de cada hogar. Con base en la información recopilada, se priorizaron los casos que presentaban mayores riesgos para la salud, considerando la gravedad de las condiciones identificadas, el potencial de mortalidad evitable y la posibilidad de prevenir discapacidades. Las visitas domiciliarias tuvieron como objetivo principal: Evaluación integral de la salud: Realizar una evaluación exhaustiva del estado de salud de cada miembro de la familia, incluyendo la identificación de enfermedades crónicas, factores de riesgo y necesidades de atención. Identificación de barreras para el acceso a la salud: Identificar las barreras que dificultan el acceso de las familias a los servicios de salud, como la distancia a los centros de salud, la falta de transporte, los costos de los medicamentos y la falta de información.
   Brindar orientación y educación en salud: Brindar orientación y educación en salud a las familias sobre temas como la prevención de enfermedades, la importancia de los controles médicos periódicos, la alimentación saludable y la actividad física. Gestión de casos: Realizar un seguimiento de los casos identificados y gestionar las referencias a servicios especializados cuando sea necesario. Las visitas domiciliarias fueron realizadas por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, que incluyó médicos, enfermeras, nutricionistas y trabajadores sociales. Durante las visitas, se realizaron las siguientes actividades. Recolección de datos: Se actualizó la información de los perfiles familiares, se tomaron signos vitales y se realizaron exámenes físicos básicos. Entrevista clínica: Se realizó una entrevista clínica detallada con cada miembro de la familia para conocer su historia clínica, sus síntomas actuales y sus preocupaciones relacionadas con la salud. Evaluación del entorno: Se evaluó el entorno de la vivienda y la comunidad para identificar factores de riesgo ambientales que pudieran afectar la salud de las familias. Elaboración de un plan de atención individualizado: Se elaboró un plan de atención individualizado para cada familia, que incluía los objetivos a alcanzar, las acciones a implementar y el seguimiento a realizar. La priorización de los casos se realizó en función de los siguientes criterios: Gravedad de los riesgos identificados: Se priorizaron los casos de personas con enfermedades crónicas descompensadas, mujeres embarazadas con complicaciones, niños con desnutrición o enfermedades infecciosas, y personas con discapacidad. Mortalidad evitable: Se priorizaron los casos de personas con enfermedades que pueden ser mortales si no se reciben tratamiento oportuno, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Discapacidad prevenible: Se priorizaron los casos de personas con riesgo de desarrollar discapacidades, como las personas con diabetes sin control y las personas mayores con problemas de movilidad. Las visitas domiciliarias permitieron identificar las necesidades de salud más urgentes de las familias y diseñar intervenciones personalizadas. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para llegar a las familias más aisladas, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer la capacidad institucional. Se revisaron las caracterizaciones realizadas a las doce familias para identificar sus necesidades en materia de salud. Priorizando los casos de acuerdo a la gravedad de los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible.



9. La caracterización inicial de las 24 familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco proporcionó una línea base fundamental para comprender las necesidades de salud de estas comunidades. Sin embargo, es esencial realizar un seguimiento para verificar si las intervenciones implementadas han logrado mejorar efectivamente el acceso de estas familias a los servicios de salud. Evaluar la efectividad de las intervenciones: Determinar si las acciones implementadas, como la afiliación al sistema de seguridad social, la promoción de la salud y las visitas domiciliarias, han logrado garantizar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud. Identificar barreras persistentes: Detectar las barreras que continúan obstaculizando el acceso a la salud, a pesar de las intervenciones realizadas. Realizar ajustes a las estrategias: Identificar las áreas que requieren ajustes en las estrategias de atención en salud, a fin de mejorar los resultados. Para verificar el acceso efectivo a los servicios de salud, se propone la siguiente metodología: Revisión de historias clínicas: Se realizará una revisión detallada de las historias clínicas de los miembros de las 24 familias en la ESE Emiro Quintero Cañizares. Se analizarán los registros de consultas, exámenes, tratamientos y medicamentos dispensados, con el fin de identificar patrones de utilización de los servicios y detectar posibles gaps en la atención. Entrevistas a profundidad: Se realizarán entrevistas a profundidad con los jefes de hogar o miembros clave de cada familia, para conocer su percepción sobre el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención recibida y las dificultades que enfrentan. Encuestas a los prestadores de servicios: Se realizarán encuestas a los profesionales de la salud que atienden a estas familias, para conocer su percepción sobre las necesidades de salud de la población, las barreras que enfrentan en la prestación de servicios y las propuestas de mejora. Grupos focales: Se organizarán grupos focales con líderes comunitarios y miembros activos de las veredas para discutir los avances y desafíos en el acceso a la salud, así como para identificar propuestas de mejora. La verificación del acceso efectivo a los servicios de salud es un proceso continuo que permite ajustar las estrategias de atención en salud en función de las necesidades cambiantes de la población. A través de esta evaluación, se busca garantizar que todas las familias del micro territorio tengan acceso a una atención de salud integral y de calidad. Se verifica que las doce familias caracterizadas en el micro territorio estén teniendo acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios, esto se logró con la brigada de salud que se realizó en aguas claras.





10. La caracterización de las familias en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y Brisas del Polaco evidenció la necesidad de fortalecer los canales de comunicación y participación comunitaria en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud. Con el objetivo de involucrar activamente a los líderes comunitarios en la construcción de un sistema de salud más equitativo y eficiente, se implementó una estrategia de diálogo y concertación. La primera etapa consistió en convocar a los presidentes de junta de cada vereda a participar en espacios de diálogo, concertación y mediación. Dada la dificultad de reunir a los líderes de manera presencial, se optó por realizar llamadas telefónicas como medio de comunicación inicial. Esta decisión se tomó en consideración de las limitaciones de tiempo y acceso a transporte que enfrentan los líderes comunitarios en zonas rurales. Los espacios de diálogo se centraron en los siguientes temas: Necesidades de salud de la comunidad: Se identificaron las principales necesidades de salud de cada vereda, tomando en cuenta las particularidades de cada contexto. Barreras para el acceso a la salud: Se analizaron las barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud, como la distancia, el costo, la falta de información y la discriminación. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: Se discutieron estrategias para fortalecer los sistemas locales de salud, como la capacitación de promotores de salud, la mejora de la infraestructura y la articulación con otros actores. Participación comunitaria: Se promovió la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y en la implementación de acciones en salud. La implementación de esta estrategia permitió: Fortalecer los vínculos entre la comunidad y las instituciones: Se establecieron relaciones de confianza y colaboración entre los líderes comunitarios y los representantes de las instituciones de salud. Identificar soluciones locales a problemas locales: Se identificaron soluciones innovadoras y pertinentes a las necesidades de cada comunidad. Empoderar a los líderes comunitarios: Se fortaleció el liderazgo de los presidentes de junta y se promovió su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, se identificaron también diversos desafíos, como la dificultad para conciliar los horarios de los líderes comunitarios, la falta de recursos económicos y la necesidad de fortalecer las capacidades de los participantes para la gestión de proyectos. La participación de los líderes comunitarios es fundamental para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en salud en zonas rurales. Los espacios de diálogo y concertación permiten construir soluciones conjuntas y empoderar a las comunidades para mejorar su propia salud. Se convocó a los actores identificados (presidente de junta) a

participar en espacios de diálogo, concertación y mediación. Esto se realizó mediante llamadas telefónicas con el presidente de la junta de cada vereda.



11. Se promueve y gestiona la articulación de los servicios de salud, saneamiento básico y medio ambiente, entre otros, para atender las necesidades de la población del micro territorio, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a la salud, la falta de alcantarillado. Las veredas rurales alejadas de centros urbanos enfrentan desafíos particulares en el acceso a servicios básicos, especialmente en el ámbito de la salud. La distancia geográfica, la falta de infraestructura vial y la escasez de recursos humanos y materiales dificultan la prestación de servicios de calidad. Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en salud en las veredas rurales, es necesario adoptar un enfoque integral que considere los siguientes aspectos: Participación comunitaria: Involucrar a las comunidades en la planificación, implementación y evaluación de los programas de salud, fortaleciendo el sentido de pertenencia y asegurando la sostenibilidad de las acciones. Articulación intersectorial: Establecer alianzas entre los sectores de salud, educación, agricultura y desarrollo social para abordar de manera integral las necesidades de las comunidades rurales. Monitoreo y evaluación: Implementar sistemas de seguimiento y evaluación para medir el impacto de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios. Fortalecimiento institucional: Capacitar al personal de salud y a los líderes comunitarios para mejorar la gestión de los servicios y la atención a los pacientes. Salud mental: Implementar programas de promoción de la salud mental y atención a trastornos mentales, ya que estos problemas afectan de manera significativa la calidad de vida de las personas en zonas rurales. Salud reproductiva: Garantizar el acceso a servicios de planificación familiar y salud sexual, así como la atención integral a la mujer durante el embarazo y el parto. Enfermedades crónicas: Implementar programas de seguimiento y control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial. Al abordar de manera integral y sostenible los desafíos que enfrentan las veredas rurales en materia de salud, es posible mejorar significativamente la calidad de vida de sus habitantes y reducir las desigualdades en el acceso a servicios esenciales. Se promueve y gestiona la articulación de los servicios de salud, saneamiento básico y medio ambiente, entre otros, para atender las necesidades de la población del micro territorio, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a la salud, la falta de alcantarillado.

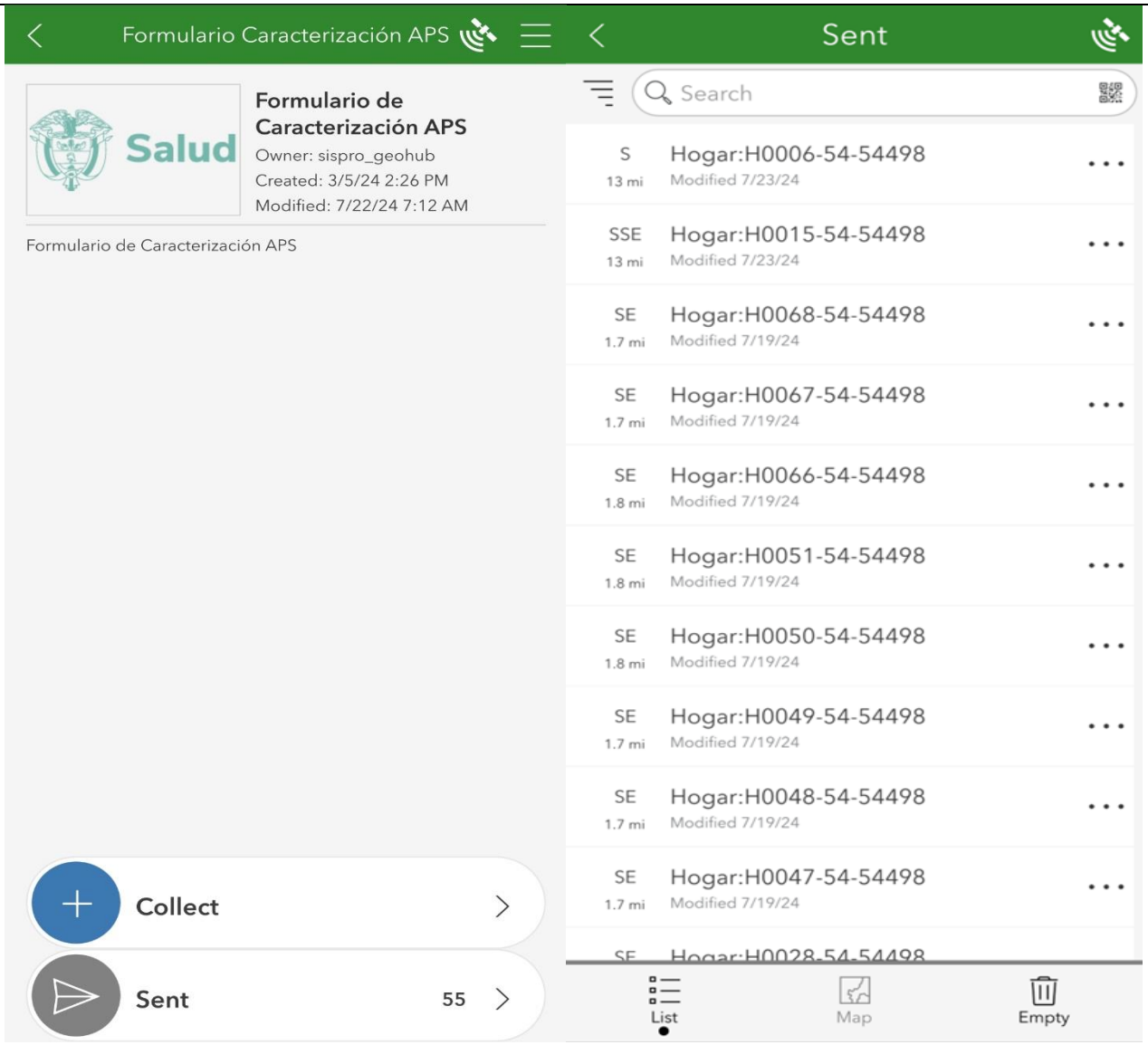


12. La construcción de un plan integral para las veredas visitadas requieren de un enfoque participativo, intersectorial y sostenible. Al involucrar a las comunidades en todas las etapas del proceso, se puede garantizar que las soluciones sean pertinentes y duraderas, mejorando así la calidad de vida de los habitantes de estas zonas. Se socializa con las comunidades atendidas los resultados de la caracterización familiar y del entorno, realizada en el micro territorio, con el fin de generar conciencia sobre las necesidades y desafíos que enfrentan en materia de educación, salud y saneamiento básico, y promover la participación activa de la comunidad en la búsqueda de soluciones. Las visitas domiciliarias a veredas remotas constituyen un primer paso crucial para comprender las necesidades específicas de estas comunidades. Este diagnóstico participativo, al involucrar directamente a los habitantes, permite construir un mapa detallado de sus condiciones de vida, sus enfermedades más prevalentes, sus barreras de acceso a servicios y sus aspiraciones para el futuro. Se socializa con las comunidades atendidas los resultados de la caracterización familiar y del entorno, realizada en el micro territorio, con el fin de generar conciencia sobre las necesidades y desafíos que enfrentan en materia de educación, salud y saneamiento básico, y promover la participación activa de la comunidad en la búsqueda de soluciones.

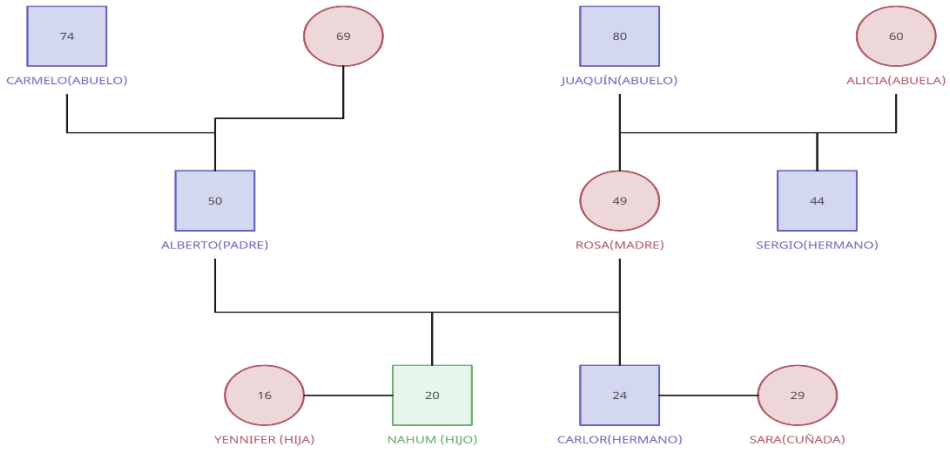


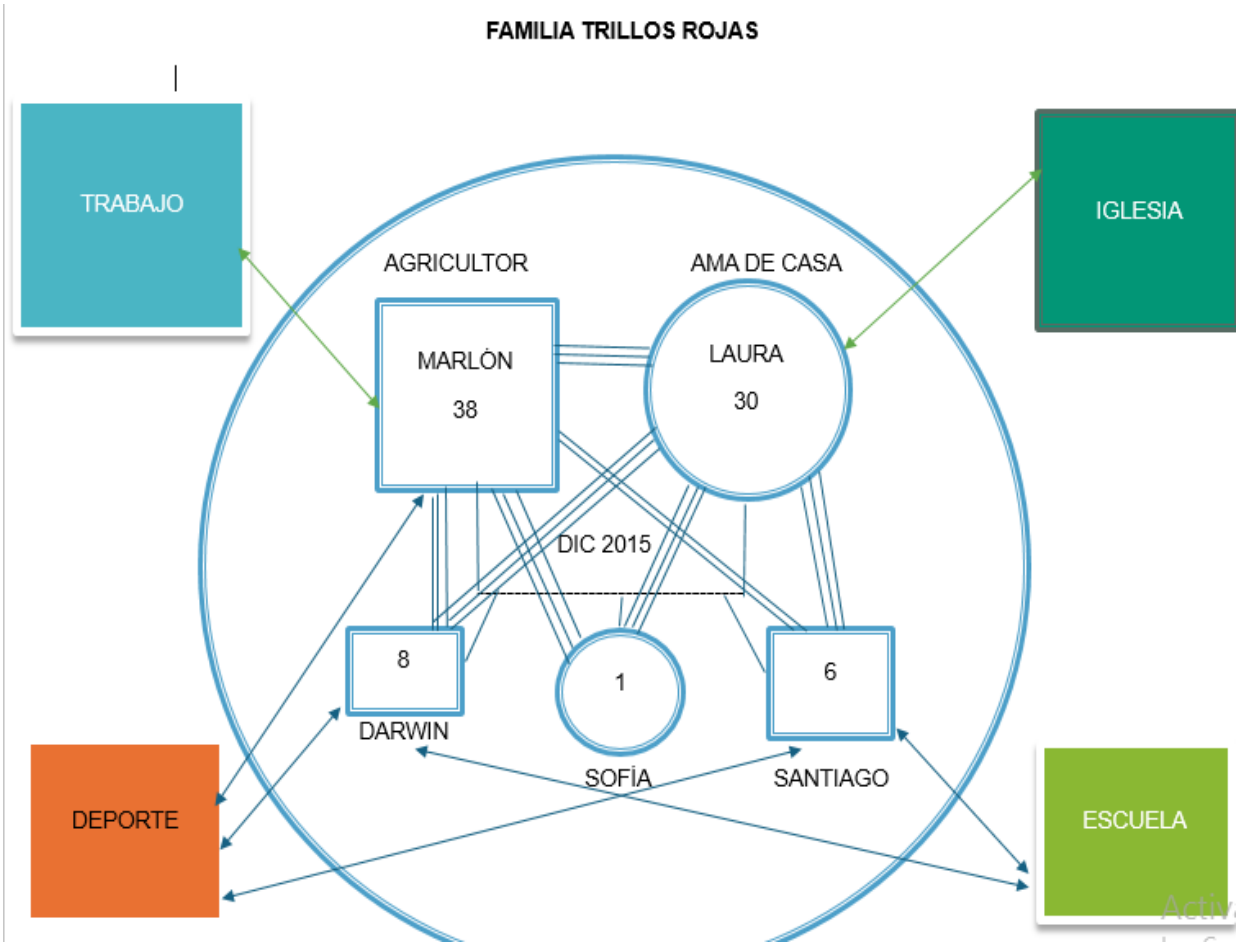


13 Se ingresaron los datos de las 24 familias visitadas en el mes de julio en las veredas La Pacha, Filo del Cordón, San Francisco, Mariquita y el barrio Brisas del Polaco y posteriormente con todos los datos se suben los datos en la plataforma survey . Esta información, que incluye datos personales, de salud y socioeconómicos, fue recopilada siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud. La herramienta se implementó con éxito y se estableció un protocolo de seguimiento para garantizar su correcto funcionamiento. Este enfoque permite optimizar la gestión de datos, mejorar la toma de decisiones y brindar servicios de salud más eficientes y precisos. La recolección de datos a través de visitas domiciliarias y su posterior sistematización en la plataforma Survei en la cual se recopilan datos familiares, datos de salud, datos socioeconómicos que representan un valioso activo para la gestión de la salud en las veredas visitadas. Sin embargo, para maximizar el potencial de esta información, es necesario ir más allá de los registros administrativos y construir un sistema de información más dinámico y visual. Se sistematiza y se reporta la información recolectada en la caracterización familiar y del entorno, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan, en los registros administrativos establecidos por el Ministerio. la creación de un SIG para la salud rural representa una oportunidad única para mejorar la calidad de vida de los habitantes de las veredas remotas. Al aprovechar la información recopilada en las visitas domiciliarias y al integrarla con otros sistemas de información, se puede construir una herramienta poderosa para la planificación, la implementación y la evaluación de las intervenciones en salud.Se sistematiza y se reporta la información recolectada en la caracterización familiar y del entorno, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan, en los registros administrativos establecidos por el Ministerio.

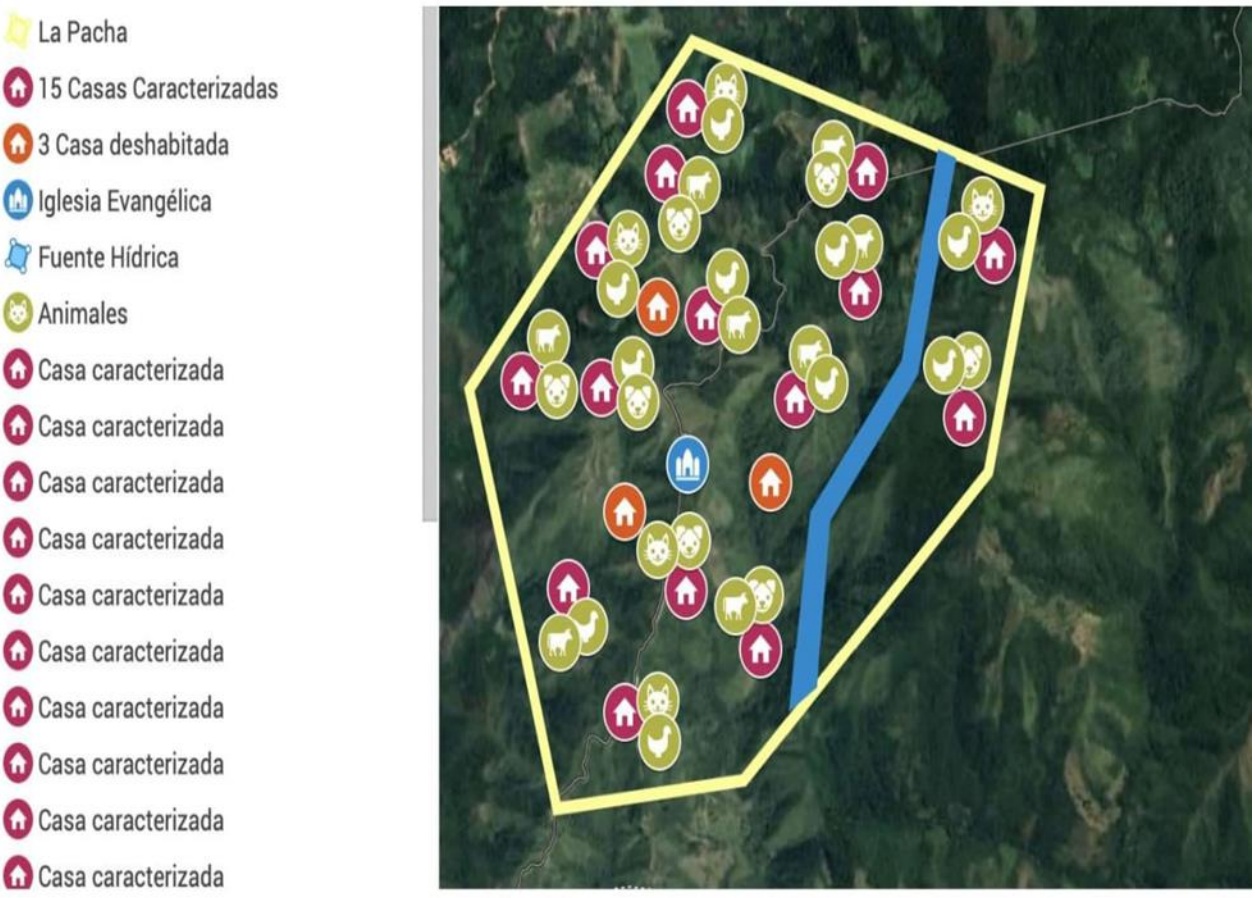

Formulario Caracterización APS
Salud
Formulario de Caracterización APS
Owner: sispro_geohub
Created: 3/5/24 2:26 PM
Modified: 7/22/24 7:12 AM
Formulario de Caracterización APS
Collect
Sent
55
Sent
Search
S 13 mi Hogar:H0006-54-54498 Modified 7/23/24
SSE 13 mi Hogar:H0015-54-54498 Modified 7/23/24
SE 1.7 mi Hogar:H0068-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.7 mi Hogar:H0067-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.8 mi Hogar:H0066-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.8 mi Hogar:H0051-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.8 mi Hogar:H0050-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.7 mi Hogar:H0049-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.7 mi Hogar:H0048-54-54498 Modified 7/19/24
SE 1.7 mi Hogar:H0047-54-54498 Modified 7/19/24
List
Map
Empty

ADJUNTO FAMILIOGRAMAS REALIZADOS





ANALISIS DEL MICRO TERRITORIO LA PACHA



En el micro territorio de La Pacha se identificaron 3 casas abandonadas, se confirmó con vecinos y se verificó dadas las condiciones de deterioro y falta de ventanas.

El grupo poblacional más identificado fue adultez, igual proporción entre sexos. Los diagnósticos principales en este grupo son hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus tipo 2,. En adultos mayores estos dos diagnósticos junto a dificultad respiratoria, en posible relación con EPOC, que no está siendo documentado en esta población. El tercer grupo es infancia, con adecuado crecimiento, buenas redes de apoyo familiar. Se generaron remisiones por los medios establecidos por el programa para aquellos pacientes en quienes se consideró pertinente.

Para el fortalecimiento de la gestión territorial basada en atención primaria en salud- APS y la operación de los Equipos Básicos de Salud en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo en el municipio de Ocaña, el EBS 5 del territorio “Mariquita y Agua de la Virgen”, con el fin identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo, genero, etnia, entre otras características y condiciones de salud por microterritorio asignado.

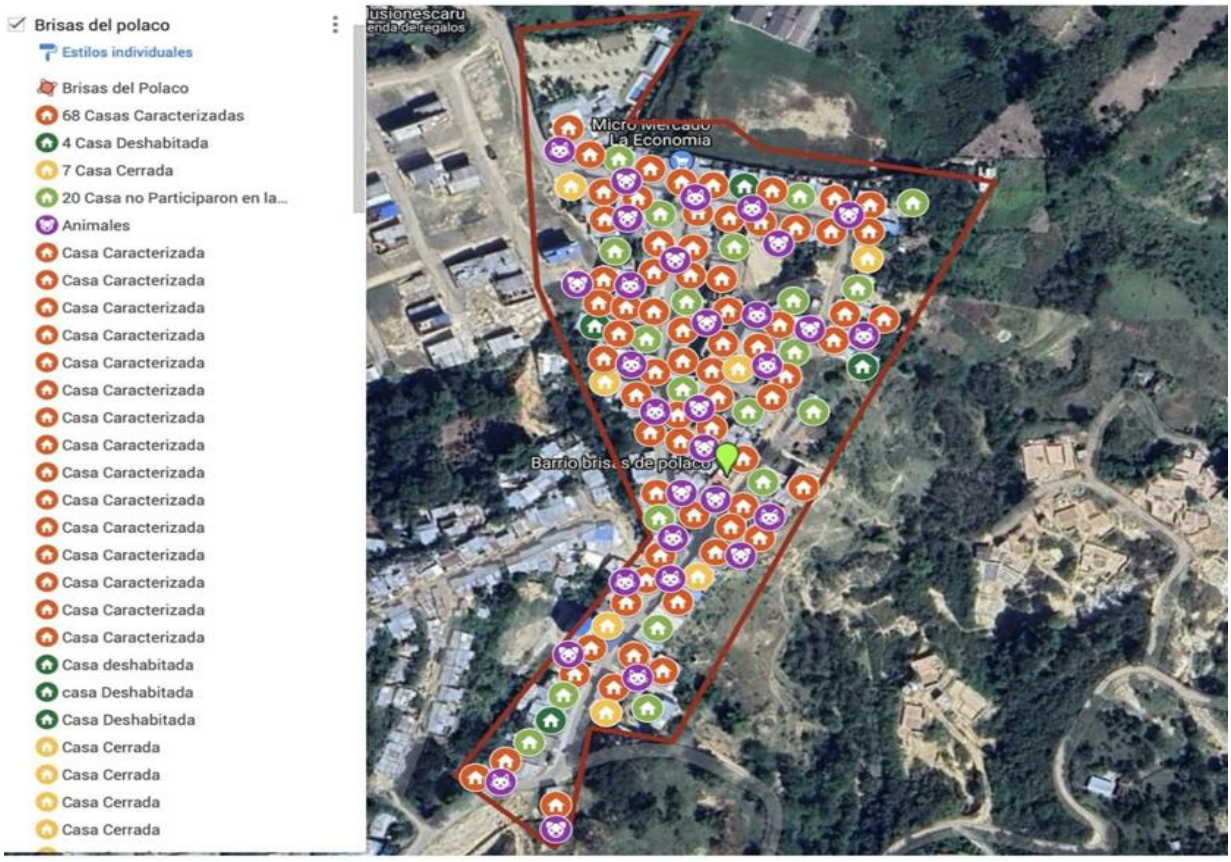
En el mes de julio se realizó la caracterización socio ambiental individual y familiar en los microterritorios de “La Pacha”, “Brisas del Polaco”, “Filo del Cordón” y “San Francisco“, del municipio de Ocaña, donde se identificaron las condiciones de salud, necesidades según los ciclos de vida a través de la clasificación de los determinantes de salud.

LA PACHA

POBLACIÓN ATENDIDA Determinante de salud	GRUPO DE EDAD								
	0 - 5	6 - 11	12-17	18-28	29-59	60 o más	femenino	masculino	TOTAL
Personas encuestadas	**1**	**2**	**2**	**5**	**15**	**2**	**12**	**15**	**27**
femenino	**1**	**0**	**1**	**3**	**6**	**1**			**12**
masculino	**0**	**2**	**1**	**2**	**9**	**1**			**15**
Casa con alguna condición de riesgo (deslizamiento, derrumbe, materiales inadecuados para la salud humana)	1	1	1	3	13	2	9	11	20
Vivienda propia									
Casa con servicio de acueducto veredal	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Casa con servicio de alcantarillado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con manejo de residuos a campo abierto	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Casa con acceso seguro de vehículos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con servicios de transporte público	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Víctima de conflicto armado	0	1	1	3	8	2	6	9	15
Desplazamiento									
subóptimo manejo del estrés y otros síntomas afectivos	0	0	1	3	10	0	5	9	14
Manejo satisfactorio de recreación, ocio, tiempo libre	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Pertenencia a redes sociales (religiosas, culturales, de participación)	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Actividad física adecuada para edad	1	2	2	5	15	2	12	15	27

Consumo excesivo de carbohidratos	0	0	2	5	13	1	10	11	21
Barreras (económicas, culturales, geográficas) para una dieta balanceada	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Ingesta de alimentos procesados al menos 1 al día	0	0	1	2	3	0	2	4	6
Consumo de alcohol (de cualquier tipo)	0	0	0	0	7	1	1	7	8
Exposición a biomiasa (humo de leña)	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Fuente de ingresos estable en la casa									
Trabajo informal en casa									
Seguridad alimentaria	1	2	2	5	15	2	12	15	27
SIN afiliación a servicios de salud	0	0	0	0	0	2	1	1	2
Asistencia a servicios de salud en los últimos 6 meses	1	1	0	2	3	0	5	2	7
Dificultades para gestionar valoraciones en servicios de salud	1	2	2	5	15	2	12	15	27
Diversidad funcional (discapacidad)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Factores hereditarios	0	0	0	0	6	2	5	3	8
Aprovechamiento biológico de los alimentos (agricultura)	1	2	2	5	15	2	12	15	27

ANALISIS DEL MICRO TERRITORIO BRISAS DEL POLACO



En el microterritorio brisas del polaco, aproximadamente 20 casas decidieron rechazar la caracterización. Siempre se llegó a las casas empezando por la identificación del grupo, nombre, profesión y afiliación al hospital y al programa, luego se explicaba la naturaleza del programa de forma clara y sencilla, y luego se preguntaba si había interés en participar, informando además que se podría realizar la intervención en la medida de los tiempos de la persona, sin ánimos de generar inconvenientes. No obstante lo anterior, en los casos de rechazo las personas argumentaban dificultades de tiempo principalmente.

También se identificaron casas deshabitadas, se consultó con vecinos de casas cercanas quienes explicaron que pertenecen a personas que viven en otras ciudades o en zona rural, y visitan ocasionalmente. Para las casas cerradas se decidió llamar en varias ocasiones y dar espera de algunos minutos, en caso de no haber respuestas se continuaba la caracterización en otras casas y se regresaba tras unas caracterizaciones para confirmar si habría llegado alguien, en algunos casos fue posible caracterizar en un segundo intento.

Respecto a los hallazgos el principal grupo de edad es adultez, seguido de adultos mayores y niños. La proporción entre sexos es casi equivalente. En el grupo de adultez los principales hallazgos fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus. Algunos casos aislados de otras patologías como artritis reumatoide, hipotiroidismo, epilepsia. Dada la cercanía con Ocaña, todos los pacientes con condiciones de salud se encuentran en seguimiento médico. Pacientes con enfermedad crónica en el programa del hospital. Sin embargo, si coincidieron en indicar ciertas demoras en la autorización de las citas médicas, lo que les dificulta dar continuidad al tratamiento y recurrir a gasto de bolsillo. En ocasiones pierden interés por continuar asistiendo a citas médicas debido a las largas esperas.

El sexo femenino tiende a consultar más, tener mejor adherencia a los tratamientos y a las valoraciones de salud.

En población de vejez, personas con hipertensión arterial y diabetes principalmente, en seguimiento por servicio de salud. Se identificaron casos de vulnerabilidad social, personas con fragilidad y sin cuidadores, con inestabilidad económica.

Se encontraron niños sanos, con adecuado crecimiento, asistiendo a la escuela. No hubo eventos de notificación.

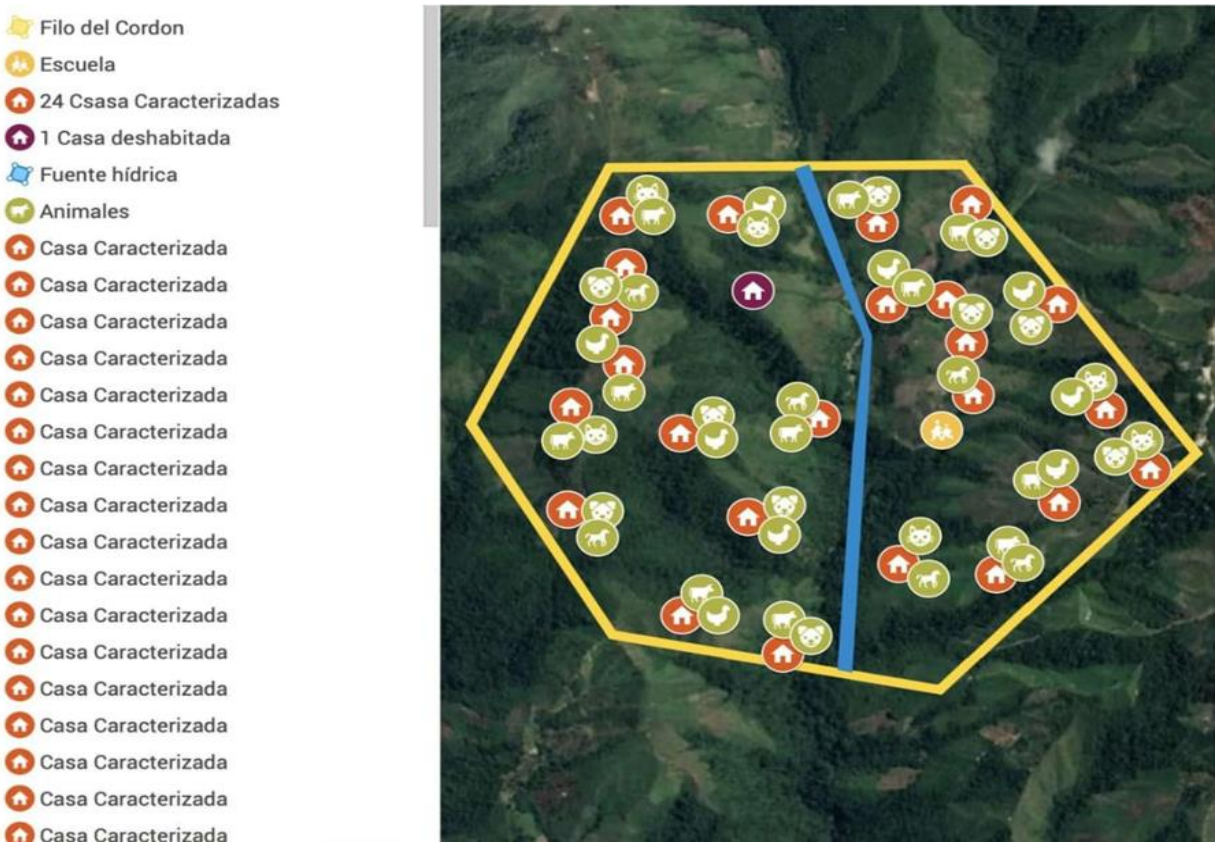
Otro hallazgo relevante es la alta cantidad de población afectada por el conflicto armado, migración interna por conflicto armado o migración desde Venezuela. No se identificaron mecanismos de apoyo psicosocial claros. No mencionaron asistencia a algún tipo de programa específico, ni intervenciones de salud mental comunitarias. En algunos casos las personas consultaron a psicología, aunque debido a las demoras en los servicios de salud, ninguna de las personas caracterizadas continuaba en estas valoraciones.

El impacto en salud mental en el microterritorio es alto, y asociado primordialmente al conflicto armado.

POBLACIÓN ATENDIDA	**GRUPO DE EDAD**								
Determinante de salud	**0 - 5**	**6 - 11**	**12-17**	**18-28**	**29-59**	**60 o más**	**femenino**	**masculino**	**TOTAL**
Personas encuestadas	**7**	**5**	**10**	**13**	**38**	**22**	**63**	**32**	**95**
femenino	**5**	**3**	**3**	**10**	**29**	**13**	**-**	**-**	**63**
masculino	**2**	**2**	**7**	**3**	**9**	**9**	**-**	**-**	**32**
Casa con alguna condición de riesgo (deslizamiento, derrumbe, materiales inadecuados para la salud humana)	0	0	1	2	6	3	7	5	12
Vivienda propia									
Casa con servicio de acueducto veredal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con servicio de alcantarillado	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Casa con manejo de residuos a campo abierto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con acceso seguro de vehículos	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Casa con servicios de transporte público	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Víctima de conflicto armado	0	2	5	10	37	20	51	23	74
Desplazamiento									
subóptimo manejo del estrés y otros síntomas afectivos	0	0	1	5	19	7	22	10	32

Manejo satisfactorio de recreación, ocio, tiempo libre	7	5	10	13	18	5	35	23	58
Pertenencia a redes sociales (religiosas, culturales, de participación)	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Actividad física adecuada para edad	7	5	10	5	9	4	29	11	40
Consumo excesivo de carbohidratos	0	2	5	10	36	19	43	29	72
Barreras (económicas, culturales, geográficas) para una dieta balanceada	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Ingesta de alimentos procesados al menos 1 al día	0	3	5	10	30	11	38	21	59
Consumo de alcohol (de cualquier tipo)	0	0	0	3	17	4	5	19	24
Exposición a biomiasa (humo de leña)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fuente de ingresos estable en la casa									
Trabajo informal en casa									
Seguridad alimentaria	7	5	10	13	38	22	63	32	95
SIN afiliación a servicios de salud	0	0	0	2	3	2	2	5	7
Asistencia a servicios de salud en los últimos 6 meses	7	5	10	13	38	22	63	32	95
Dificultades para gestionar valoraciones en servicios de salud	0	0	4	10	28	15	35	22	57
Diversidad funcional (discapacidad)	0	0	0	0	0	3	2	1	3
Factores hereditarios	0	0	0	0	12	15	16	11	27
Aprovechamiento biológico de los alimentos (agricultura)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANALISIS DEL MICROTERRITORIO FILO DEL CORDÓN



En el microterritorio de filo del cordón se identificó una casa deshabitada con confirmación de la comunidad.

El mayor grupo poblacional fue adultez, luego vejez y luego infancia. La distribución por sexo es casi equitativa. En población del grupo adultez y vejez se identificaron diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes principalmente, seguidos por dificultad respiratoria. No se encontraron diagnósticos en población infantil. Hay adecuado crecimiento, asistencia a institución educativa, buenas pautas de cuidado.

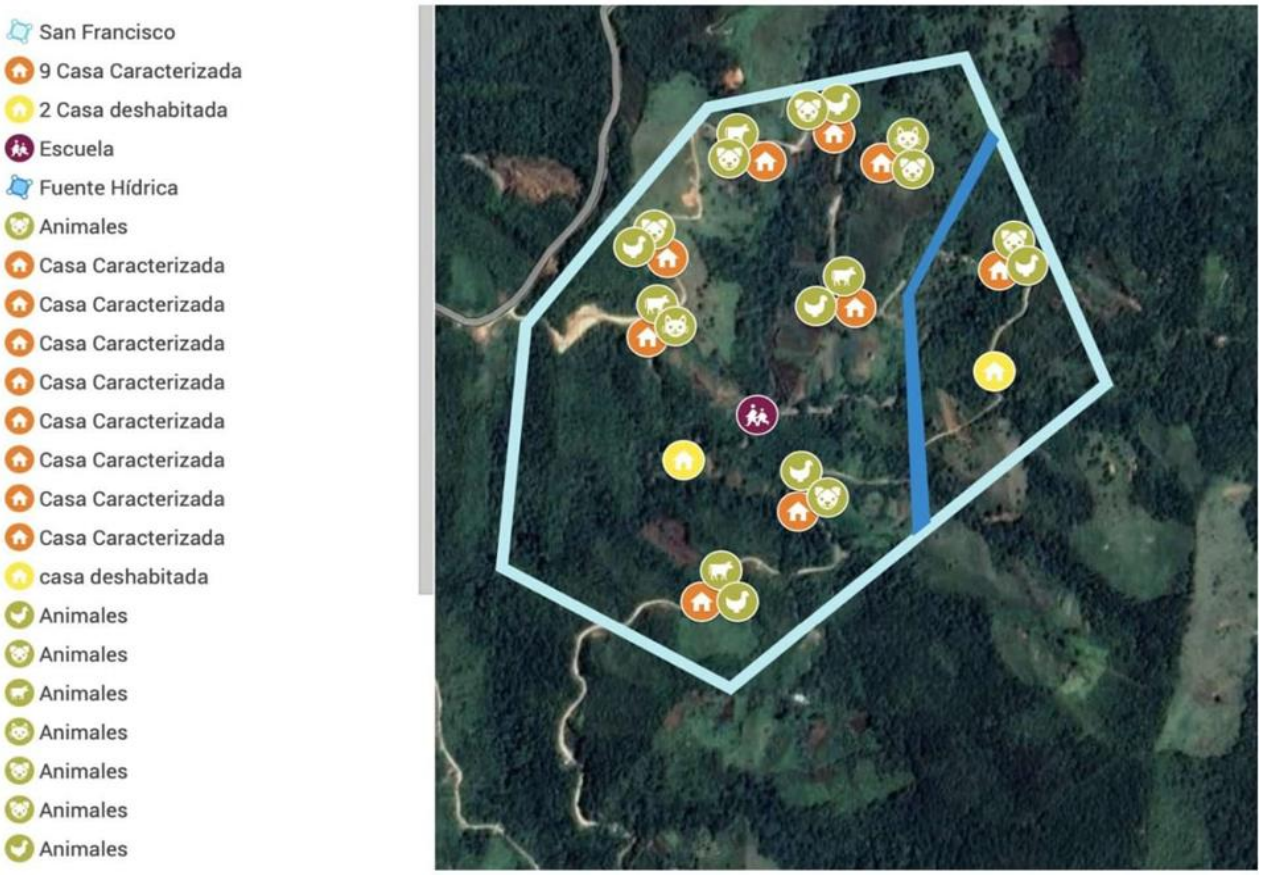
Debido a los largos tiempos de espera y la distancia desde la vereda, la adherencia a valoraciones es baja en el microterritorio.

POBLACIÓN ATENDIDA	GRUPO DE EDAD								
Determinante de salud	0 - 5	6 - 11	12-17	18-28	29-59	60 o más	femenino	masculino	TOTAL
Personas encuestadas	**6**	**3**	**2**	**4**	**18**	**5**	**23**	**15**	**38**
femenino	3	2	1	3	12	2			23

masculino	3	1	1	1	6	3			15
Casa con alguna condición de riesgo (deslizamiento, derrumbe, materiales inadecuados para la salud humana)	0	0	1	2	7	3	8	5	13
Vivienda propia									
Casa con servicio de acueducto veredal	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Casa con servicio de alcantarillado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con manejo de residuos a campo abierto	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Casa con acceso seguro de vehículos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con servicios de transporte público	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Víctima de conflicto armado	0	1	0	4	12	5	13	9	22
Desplazamiento									
subóptimo manejo del estrés y otros síntomas afectivos									
Manejo satisfactorio de recreación, ocio, tiempo libre	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Pertenencia a redes sociales (religiosas, culturales, de participación)	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Actividad física adecuada para edad	6	3	2	4	18	2	22	13	35
Consumo excesivo de carbohidratos	0	0	0	2	12	4	11	7	18
Barreras (económicas, culturales, geográficas) para una dieta balanceada	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Ingesta de alimentos procesados al menos 1 al día	0	0	1	1	2	0	2	2	4
Consumo de alcohol (de cualquier tipo)	0	0	0	0	7	1	1	7	8
Exposición a biomiasa (humo de leña)	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Fuente de ingresos estable en la casa									
Trabajo informal en casa									
Seguridad alimentaria	6	3	2	4	18	5	23	15	38

SIN afiliación a servicios de salud									
Asistencia a servicios de salud en los últimos 6 meses	4	3	0	1	5	1	10	4	14
Dificultades para gestionar valoraciones en servicios de salud	6	3	2	4	18	5	23	15	38
Diversidad funcional (discapacidad)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Factores hereditarios	0	0	0	0	3	3	2	4	6
Aprovechamiento biológico de los alimentos (agricultura)	6	3	2	4	18	5	23	15	38

ANÁLISIS DEL MICROTERRITORIO SAN FRANCISCO



En el microterritorio de San Francisco se encontraron dos casas deshabitadas confirmadas por vecinos y condiciones físicas de deterioro.

El grupo de edad con mayor población fue adultez, con proporción aproximadamente equivalente entre ambos sexos. Como principal diagnóstico se identifica gastritis para ambos sexos, sin seguimiento médico ni farmacológico, tampoco endoscopia. En mujeres como segundo diagnóstico se identificó cefalea. En el grupo poblacional de vejez se identificó hipertensión arterial. No se identificaron eventos de notificación obligatoria

En el grupo poblacional de juventud e infancia no hubo hallazgos patológicos prevalentes, adecuado crecimiento y desarrollo. Cuentan con acceso a educación.

POBLACIÓN ATENDIDA	**GRUPO DE EDAD**								
Determinante de salud	**0 - 5**	**6 - 11**	**12-17**	**18-28**	**29-59**	**60 o más**	**femenino**	**masculino**	**TOTAL**
Personas encuestadas	**1**	**0**	**0**	**1**	**4**	**3**	**4**	**5**	**9**
femenino	**1**	**0**	**0**	**1**	**2**	**1**			**4**
masculino	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**2**			**5**
Casa con alguna condición de riesgo (deslizamiento, derrumbe, materiales inadecuados para la salud humana)	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**2**	**1**	**2**	**3**
Vivienda propia									
Casa con servicio de acueducto veredal	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Casa con servicio de alcantarillado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con manejo de residuos a campo abierto	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Casa con acceso seguro de vehículos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa con servicios de transporte público	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Víctima de conflicto armado					3	3	2	4	6
Desplazamiento									
subóptimo manejo del estrés y otros síntomas afectivos	0	0	0	0	3	1	2	2	3
Manejo satisfactorio de recreación, ocio, tiempo libre	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Pertenencia a redes sociales (religiosas, culturales, de participación)	1	0	0	1	4	3	4	5	9

Actividad física adecuada para edad	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Consumo excesivo de carbohidratos									
Barreras (económicas, culturales, geográficas) para una dieta balanceada	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Ingesta de alimentos procesados al menos 1 al día	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Consumo de alcohol (de cualquier tipo)	9	9	9	9	2	1	0	3	3
Exposición a biomiasa (humo de leña)	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Fuente de ingresos estable en la casa									
Trabajo informal en casa									
Seguridad alimentaria	1	0	0	1	4	3	4	5	9
SIN afiliación a servicios de salud									
Asistencia a servicios de salud en los últimos 6 meses	1	0	0	0	1	0	1	1	2
Dificultades para gestionar valoraciones en servicios de salud	1	0	0	1	4	3	4	5	9
Diversidad funcional (discapacidad)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Factores hereditarios	0	0	0	0	1	2	1	2	3
Aprovechamiento biológico de los alimentos (agricultura)	1	0	0	1	4	3	4	5	9

ACTA DE BRIGADA 4 DE JULIO VEREDA NUEVO AMANECER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

Acta

Reunión de equipos básicos # 05 , con el presidente de la junta acción comunal de la vereda nuevo amanecer del municipio de Ocaña y la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Fecha: jueves 04 de julio 2024

Modalidad presencial

Asunto: Realizar concertación para programar Brigada de salud en la vereda nuevo amanecer

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En las instalaciones de bellas artes de Ocaña, nos encontramos reunidos el representantes de la junta de acción comunal Hector Jorge Navarro Sanchez cc: 5469410 y el enfermero profesional del equipo básico # 05 del municipio de Ocaña

Promover la Atención Primaria en Salud APS, y a su vez fortalecer las estrategias de los Equipos Básicos de Salud.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

1. Se programa brigada de salud , para el dia 11 de Julio del 2024, en el salón comunal de la vereda nuevo amanecer
2. En la que se beneficiara la población de la vereda nuevo amanecer, con un total de 30 familias, 100 personas.
3. La estrategias para la difusión de la actividad, se realiza a través del perifoneo, emisora, apoyo de la junta de acción comunal.

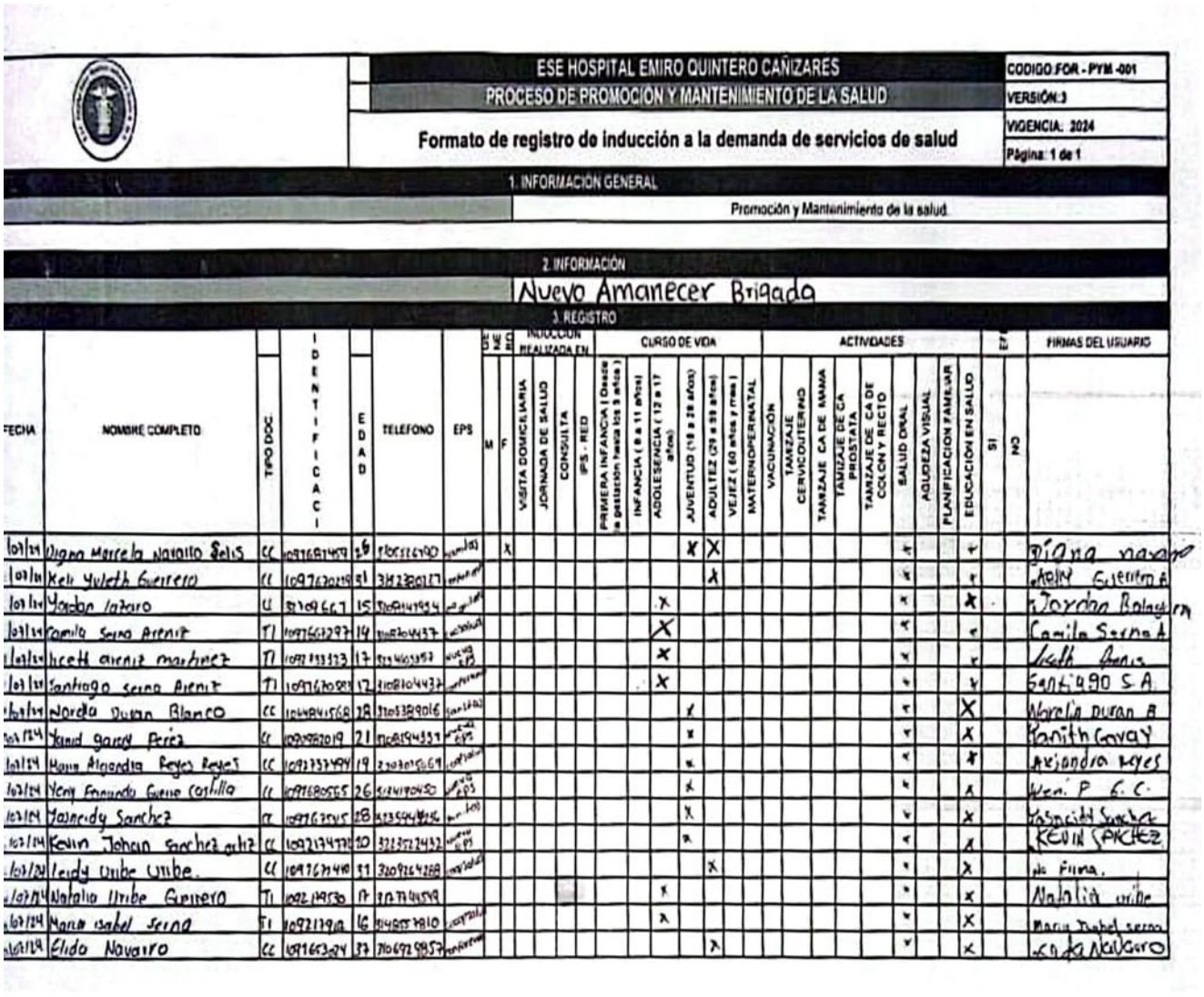
PARTICIPACION

Representante
ESE

Representante
Junta de acción comunal

Scanned with CamScanner

Micro-territorio	Familias caracterizadas	Familias no se lograron caracterizan		
		cerradas	deshabitadas	no participaron
La Pacha	15	0	3	0
Brisas del Polaco	68	7	4	20
Filo del cordón	24	0	1	0
San Francisco	9	0	2	0



ESE HOSPITAL ENIRO QUINTERO CAÑIZARES

PROCESO DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Formato de registro de inducción a la demanda de servicios de salud

CODIGO FOR - PYM -001 | VERSIÓN:3 | VIGENCIA: 2024 | Página: 1 de 1

1. INFORMACIÓN GENERAL

Promoción y Mantenimiento de la salud.

2. INFORMACIÓN

Nuevo Amanecer Brigada

3. REGISTRO

FECHA	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	IDENTIFICACIÓN	EDAD	TELEFONO	EPS	DEMANDA INDUCIDA	INDUCCIÓN REALIZADA EN				CURSO DE VIDA						ACTIVIDADES										ETNIA		FIRMAS DEL USUARIO
							SI	VISITA DOMICILIARIA	JORNADA DE SALUD	CONSULTA	IPS - RED	PRIMERA INFANCIA (Desde la gestación hasta los 5 años)	INFANCIA (6 a 11 años)	ADOLESCENCIA (12 a 17 años)	JUVENTUD (18 a 28 años)	ADULTEZ (29 a 59 años)	VEJEZ (60 años y más)	MATERNOPERINATAL	VACUNACIÓN	TAMIZAJE CERVICOUTERINO	TAMIZAJE CA DE MAMA	TAMIZAJE DE CA PROSTATA	TAMIZAJE DE CA DE COLON Y RECTO	SALUD ORAL	AGUDEZA VISUAL	PLANIFICACION FAMILIAR	EDUCACIÓN EN SALUD	SI	NO	
10/1/24	Digna Marcela Navarro Solis	CC	1098681457	25	3105226790			X							X	X											X			Digna navarro
10/1/24	Keli Yuleth Guerrero	CC	1098763219	31	3143280127											X											X			Keli Guerrero
10/1/24	Yordan Lazaro	CC	1098	15	3104144954									X													X			Yordan Lazaro
10/1/24	Camila Serna Arenit	TI	1098	14	3108204437									X													X			Camila Serna A
10/1/24	Isseth arenis martinez	TI	1098	17	3124603587									X													X			Isseth Arenis
10/1/24	Santiago serna Arenit	TI	1098	12	3108104437									X													X			Santiago S A
10/1/24	Noreda Duran Blanco	CC	1064841568	28	3105329016											X											X			Noreda Duran B
10/1/24	Yamid garay Perez	CC	1098981019	21	3108194337											X											X			Yamith Garay
10/1/24	Maria Alejandra Reyes Reyes	CC	1098	19	3											X											X			Alejandra Reyes
10/1/24	Yeny Fernanda Cueto Castilla	CC	1098	26	3124180450											X											X			Yeni P. C. C.
10/1/24	Yasneidy Sanchez	CC	1098	28	3235944											X											X			Yasneidy Sanchez
10/1/24	Kevin Johan Sanchez ortiz	CC	1092	20	3223727432											X											X			KEVIN SANCHEZ
10/1/24	Leidy Uribe Uribe.	CC	1098	31	3209264288										X												X			No Firma.
10/1/24	Natalia Uribe Gutierrez	TI	1092	17	3107									X													X			Natalia uribe
10/1/24	Maria Isabel Serna	TI	1092	16	3145									X													X			Maria Isabel serna
10/1/24	Elido Navarro	CC	1091663	33	3106											X											X			Elido Navarro

EVIDENCIAS FOTOGRAFIAS














E.S.E. IREDC
MISIÓN MÉDICA











Se firma el presente formato de informe de ejecución por parte del contratista, en el mes de AGOSTO de dos mil veinte cuatro (2024).

Firma Contratista	Faired Camila Vera
Nombre Completo:	Faired Camila Vera Ortiz
N° Documento:	1004863628